

Année 1931

THESE

N° 345

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Charles PEYTAVIN

Né à Toulouse (Hte-Garonne) le 16 février 1899.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien interne de l'hospice de Brévannes,
Chef de Laboratoire à l'hôpital Bichat,
Moniteur d'obstétrique de la Faculté.

DE LA

SYMPHYSIOTOMIE PARTIELLE SOUS-CUTANÉE

(ÉTUDE CRITIQUE DE 45 OBSERVATIONS DE SYMPHYSIOTOMIE
SUIVANT LE PROCÉDÉ DE ZARATE)

TRAVAIL DE LA MATERNITÉ

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS-ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

Année 1931

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Charles PEYTAVIN

Né à Toulouse (Hte-Garonne) le 16 février 1899.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien interne de l'hospice de Brévannes,

Chef de Laboratoire à l'hôpital Bichat,

Moniteur d'obstétrique de la Faculté.

DE LA

SYMPHYSIOTOMIE PARTIELLE

SOUS-CUTANÉE

(ÉTUDE CRITIQUE DE 45 OBSERVATIONS DE SYMPHYSIOTOMIE
SUIVANT LE PROCÉDÉ DE ZARATE)

TRAVAIL DE LA MATERNITÉ

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologique	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (H.)	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
HUTINEL	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
SANME	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
PIEDELIERE	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
MIREAU	Pathologie médicale.
LABBE	Chimie biologique.

MM.

LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
VIGNES	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
HASARD	Pharmacologie.
PORTES	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
GASTINEL	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHEL Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie
VERNE	Histologie.
MILLOT	Histologie.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

RUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
REITERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
N...	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAINEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.

MM.	
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique obstreicale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique obstreicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MÓN PERE

*Qui m'a donné le bel exemple
d'une vie laborieuse et droite.*

A MA MERE

*En témoignage de profonde affec-
tion et de grande reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

*Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse et dont j'ai pu suivre
avec fruit pendant deux années l'en-
seignement clinique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Dont l'enseignement chirurgical
me fut si précieux, on témoigne
de mon respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX

PROFESSEUR ACCOUCHEUR EN CHEF DE LA MATERNITÉ

*Dont la bienveillance m'a permis
de profiter des ressources cliniques
et opératoires de son service. Avec
nos remerciements pour la con-
fiance qu'il nous a toujours mani-
festée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUD

MÉDECIN DES HOPITAUX ET DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES.

*Qui depuis notre année d'internat
passée dans son service nous a tou-
jours témoigné une grande bien-
veillance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYERS

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
ASSISTANT DE LA MATERNITÉ

*Auprès de qui j'ai beaucoup ap-
pris et qui m'a donné pour ce tra-
vail de précieux conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE 1919-1921

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR LAUNAY

M. LE DOCTEUR CÉTTINGER (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR CLAISSE

EXTERNAT 1921-1925

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

M. LE PROFESSEUR RENON (*in memoriam*)

M. LE PROF. AGRÉGÉ RIBIERRE (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR LESAGE

M. LE DOCTEUR RIST

M. LE DOCTEUR GAUDY

M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

INTERNAT 1925-1930

M. LE DOCTEUR MAURICE RENAUD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

M. LE DOCTEUR LEMELAND

M. LE DOCTEUR LOUSTE

M. LE DOCTEUR APERT

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

M. LE DOCTEUR RUDAUX

A MES AUTRES MAITRES

M. LE DOCTEUR DOUAY, CHEF DES TRAVAUX
GYNÉCOLOGIQUES DE LA FACULTÉ

M. LE DOCTEUR GIRODE, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR ECALLE, ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS CATHALA, JANET, PERON,
TROISIER, TIXIER, TZANCK, MÉDECINS DES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS BIDERMAN, LEPAUMIER,
TOURNEIX (*in memoriam*) ANCIENS INTERNES
DES HOPITAUX.

A MON AMI LE DOCTEUR DIGONNET
CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ

A MES COLLEGUES DE L'INTERNAT

INTRODUCTION

La symphysiotomie¹ sous-cutanée suivant le procédé de Zarate n'est pratiquée en France que depuis quelques années. Il semble que cette opération soit extrêmement précieuse dans certains cas dystociques et qu'elle mérite d'être un peu plus employée.

Les pelvitomies n'ont conservé dans notre pays qu'un petit nombre de défenseurs. Les accoucheurs, depuis les progrès de l'asepsie et le perfectionnement de la technique des césariennes, préfèrent actuellement la voie haute à la pelvitomie, même dans les cas où cette dernière est particulièrement indiquée.

Nous n'approuvons certes point ces auteurs sud-américains qui disent avec Palacios Costa (76) que : « l'opération césarienne pour dystocie relative pure a vécu et a été remplacée par la symphysiotomie ». Nous désirons simplement montrer, en rapportant et discutant 45 observations, que cette intervention, dans la limite d'indications très précises est une excellente opération, et que, rendant de réels services, elle doit être conservée dans l'arsenal thérapeutique obstétrical.

1. Symphysiotomie et non symphyséotomie. — Rossier, *Rapport au IV^e Congrès des gyn. et obst. de langue française.*

A la Maternité de Paris, service de M. le Professeur Rudaux, on n'a pratiqué, de 1926 à 1931, que 31 symphysiotomies par le procédé de Zarate sur un total d'environ 31.365 accouchements. Dans cette même période de cinq années, on faisait 255 césariennes diverses. Ces chiffres montrent que l'hystérotomie a été beaucoup plus employée, la symphysiotomie n'étant exécutée le plus souvent que comme opération de nécessité afin d'éviter une hystérectomie. La grande indication de l'agrandissement du bassin répondant à la dystocie osseuse légère, aux bassins limites, quand il existe une infection amniotique latente ou confirmée.

Nos observations proviennent surtout de la Maternité, l'opération ayant été habituellement faite par M. Desnoyers, accoucheur des hôpitaux assistant du service, quelques symphysiotomies ayant été pratiquées par MM. Digonnet et Risacher, aides de clinique.

M. Desnoyers, que nous remercions de ses conseils, a encore pratiqué cette intervention en clientèle et comme accoucheur de garde dans les services de MM. Cathala, Levant, Le Lorier, Macé, nous en rapportons aussi les observations.

Dans ce travail, nous étudierons successivement :

I. *L'historique* de la symphysiotomie qui nous retiendra peu de temps.

II. *Des notions anatomo-chirurgicales* concernant : l'anatomie de la symphyse pubienne, le mécanisme de l'opération de Zarate avec ses résultats anatomiques, l'ampliation pelvienne obtenue.

III. *La technique de la symphysiotomie sous-cutanée.*

La supériorité du procédé de Zarate sur les autres procédés. Quelques points particuliers de la technique suivie à la Maternité

IV. *L'accouchement après la symphysiotomie.*

V. *Les accidents et complications. — L'avenir de la symphyse pubienne.*

VI. *La place de la symphysiotomie parmi les modes d'intervention employés dans la disproportion fœto-pelvienne.*

VII. *Indications de la symphysiotomie sous-cutanée.*

VIII. *Etude critique des observations.*

Avec les indications et les résultats de l'opération.

IX. *Conclusions.*

Nous avons consulté un certain nombre d'analyses, articles ou ouvrages que nous indiquons dans la *Bibliographie*. Parmi ceux-ci, nous ont particulièrement été utiles, en plus des travaux de Zarate et ses élèves, les publications suivantes :

Rapport de Rossier et de Le Lorier sur les pelvito-mies au Congrès de Paris de 1925.

Les articles divers de Cathala et Le Lorier, les thèses de Scemla et de Herbert von der Horst.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'idée d'élargir le bassin osseux au cours des accouchements dystociques a de tout temps préoccupé l'accoucheur.

Nous rappellerons la très curieuse et désastreuse manœuvre que pratiqua d'Arbore d'Andria (1753) alors que les pelvitomies n'étaient pas connues.

Notre maître M. Rudaux (90) rapporte que celui-ci « chez une femme enceinte avec bassin rétréci, voulut aider la nature en appuyant sa tête sur le sacrum et en tirant avec ses mains sur les crêtes iliaques. Un craquement se fit entendre, il avait fait une véritable symphysioclasis ».

Le premier procédé d'ampliation pelvienne est né en France. C'est Sigault qui en 1777 fit la première symphysiotomie après avoir proposé cette opération nouvelle dans sa thèse de 1773.

Le succès de cette première intervention fut très relatif et les symphysiotomies suivantes du fait de leur insuccès et de leurs suites malheureuses déconsidérèrent le procédé. En effet, à cette époque, la mortalité maternelle et infantile était importante et la morbidité de

règle : troubles très accentués de la marche, complications infectieuses, lésions uréthro-vésicales, fistules urinaires persistantes.

L'autorité de Baudelocque qui la combattit vigoureusement fit tomber dans l'oubli la symphysiotomie.

Elle n'était plus pratiquée en France alors que Morisani avec l'Ecole de Naples (Galbiati, Jacolucci, etc.) continuait à l'utiliser après avoir amélioré ses résultats. Il recommandait déjà dans son mémoire de 1863 de ne pas dépasser un écart interpubien de 6 cm. afin de ne pas léser les articulations sacro-iliaques.

Pinard étudia à ce moment la symphysiotomie et la vulgarise.

A la suite de travaux cliniques et anatomiques importants, Pinard, Farabeuf et Varnier décrivent une technique parfaitement au point et établissent des lois qui restent vraies aujourd'hui. Nous verrons plus loin qu'elles conservent toute leur valeur dans la symphysiotomie sous-cutanée.

Pinard fit sa première symphysiotomie à la Clinique Baudelocque en février 1892 et fut un propagandiste fervent de cette intervention.

L'ère de la symphysiotomie à ciel ouvert commençait et allait briller d'un vif éclat. De tous les côtés, en effet, on étudiait la nouvelle opération à la suite du retentissement des communications de Pinard.

La technique, précise, bien étudiée basée sur des connaissances anatomiques exactes, à laquelle se joignaient les progrès de l'antisepsie donnèrent des succès à ce procédé à ciel ouvert.

Cependant la symphysiotomie comportait encore des risques et les comptes rendus de Pinard sur le fonctionnement de la Clinique Baudelocque montrent que le nombre de ces interventions décroît progressivement. Ses indications devenaient plus restreintes au profit de la césarienne corporéale dont la technique s'était aussi améliorée et dont le succès allait s'assurer avec la notion nouvelle de l'asepsie en chirurgie.

La pubiotomie ou hébotomie connaît vers cette même période une grande vogue à la suite des travaux de Gigli. Après des tentatives passées inaperçues, la section du pubis avait été préconisée dès 1778 par Siebold, Aitken (1784), Champion, Stolz. Il semble que la première pubiotomie bien réglée ait été exécutée vers 1897 par Bonardi. Toujours faite à ciel ouvert, elle se perfectionne avec Calderini, Van der Velve... etc.

En 1903, Doderlein pratique l'hébstéotomie partiellement sous-cutanée et de nombreux procédés similaires voient le jour.

Puis, avec Walcher, apparaissent des techniques de pubiotomies entièrement sous-cutanées.

Les progrès de la pubiotomie sous-cutanée profitent à la symphysiotomie. Au procédé à ciel ouvert de Farabeuf font suite, les symphysiotomies partiellement sous-cutanées de Carbonai (1843) de Piccinini et même un procédé sous-muqueux de Imbert (1834). Zweifel en 1906 montre les avantages de son procédé à incision sous-cutanée réduite.

Pour la première fois, Frank en 1914 décrit la symphysiotomie sous-cutanée que Kehrer et plusieurs

auteurs sud-américains modifient plus ou moins heureusement. D'après Hernandez (47) ce serait Canivell qui aurait en réalité pratiqué la première symphysiotomie sous-cutanée dès 1780.

Zarate enfin, vers 1915, améliore considérablement la technique de Frank et son procédé de symphysiotomie partielle sous-cutanée intraligamentaire donne d'excellents résultats.

Bien que la symphysiotomie n'ait pas retrouvé la vogue d'antan, l'antagonisme entre la césarienne et les pelvitomies persiste actuellement, mais bien atténué. Il ne devrait pas exister, chaque opération ayant sa place respective et précise dans les indications de la thérapeutique obstétricale.

En effet, parallèlement aux procédés que nous venons de signaler, la césarienne se perfectionne d'une façon remarquable. Frank réalise la césarienne basse trans-péritonéale en 1906, sa technique en s'améliorant se propage très vite les années suivantes.

En France, depuis 1921, à la suite de Schikelé, la césarienne basse est très employée et les pelvitomies ne conservent que peu de défenseurs et encore moins de pratiquants.

Nous montrerons plus loin les bons résultats de la symphysiotomie dans des cas défavorables à la césarienne. Nous décrirons le procédé de Zarate, qui semble le plus simple et le moins dangereux et étudierons ses indications et ses résultats en nous basant sur les observations de la Maternité de Paris.

CHAPITRE II

NOTIONS ANATOMO-CHIRURGICALES

Nous ne ferons pas une description complète et détaillée de la région de la symphyse pubienne, renvoyant pour plus de détail à Farabeuf et aux traités classiques.

Notre intention est de rappeler et particulièrement insister sur les éléments anatomiques que l'on doit avoir présents à l'esprit quand on entreprend une symphysiotomie.

A ce point de vue nous indiquerons les résultats recherchés et les désordres anatomiques qui peuvent survenir quand l'opération est incorrectement exécutée. En quatre paragraphes nous décrirons successivement :

L'articulation de la symphyse pubienne;

Ses rapports avec les organes voisins;

Les rapports chirurgicaux particulièrement importants, en insistant longuement sur le mécanisme anatomique du procédé de Zarate dont la connaissance aide l'opérateur et lui permet d'éviter les complications si fréquentes autrefois.

Enfin au sujet de l'écartement interpubien que l'on peut obtenir nous rappellerons les mensurations précises

établies par Farabeuf. Nous terminerons en envisageant les séquelles anatomiques de la symphysiotomie.

§ 1. Articulation des pubis

La symphyse pubienne est une amphiarthrose maintenue par un manchon fibreux se continuant avec le périoste et renforcée par des fibres croisées émanant des muscles voisins.

Surfaces articulaires.

Elles sont formées par le bord interne des lames quadrilatères du pubis. Leur forme est oblongue. Le grand axe long de 3 cm. environ oblique en bas et en arrière fait un angle de 30° avec l'horizontale. Le petit axe d'environ 12 m/m. est oblique en arrière et en dedans, il en résulte que l'espace interpubien se présente comme un angle ouvert en avant.

Ces surfaces sont limitées en avant par une crête verticale sur laquelle s'insère : en haut, le droit antérieur et le pyramidal, en bas, le moyen adducteur.

Les crêtes antérieures de ces deux surfaces articulaires limitent entre elles un sillon perceptible au palper. On eut ainsi avant l'opération situer exactement l'interligne articulaire.

L'angle inférieur des surfaces articulaires présente la fossette d'insertion du ligament arqué sous-pubien.

Elles sont recouvertes par un cartilage hyalin qui nivelle les crêtes osseuses à peu près horizontales qu'elles présentent. Un bistouri enfoncé un peu obliquement est

arrêté par ces crêtes et ne peut sectionner toute l'articulation.

Les surfaces articulaires sont réunies par un fibro-cartilage et par une capsule. Exceptionnellement, chez l'adulte, l'articulation peut être ossifiée et empêcher la symphysiotomie (Cathala).

Fibro-cartilage interpubien.

Occupant l'intervalle des deux surfaces quadrilatères du pubis, ce bloc fibreux est large en avant et étroit en arrière. A leur contact, il présente une couche de cartilage hyalin, tandis que son centre est mou et fibreux.

Dans sa partie centrale existe une fente verticale qui affleure seulement en arrière le périoste; chez la femme enceinte elle peut ébaucher une cavité séreuse, l'articulation devient momentanément une diarthrose.

Capsule articulaire.

Ce manchon fibreux épais en bas et en avant, mince en arrière, est formé d'expansions tendineuses venant des muscles voisins.

Nous ne retiendrons parmi les faisceaux fibreux individualisés que les ligaments antérieur et inférieur. Le *ligament postérieur* est réduit à un épaississement du périoste. Anatomiquement le *ligament supérieur* est à peine existant, mais nous verrons qu'on crée chirurgicalement un véritable frein supérieur qui limite l'écartement de l'articulation et qui a une importance capitale.

Le ligament inférieur ou ligament arqué sous-pubien

est formé par l'entrecroisement en ogive de deux faisceaux fibreux extrêmement puissants nés de chaque fossette sous-articulaire. Adhérent en haut au fibrocartilage, il présente en bas un bord libre tranchant. Ce ligament qui ne serait autre qu'une expansion des adducteurs moyens est la clef de l'articulation. Tant que l'*arcuatum* n'est pas sectionné, l'écartement des pubis ne peut se faire.

Le ligament antérieur assez bien développé est formé : transversalement par les fibres tendineuses provenant d'expansions entrecroisées des moyens adducteurs et des droits internes — verticalement par des expansions des grands droits — et obliquement par les piliers internes du canal inguinal. Ces piliers provenant du grand oblique s'entrecroisent sur la ligne médiane, forment la formation la plus importante à respecter dans la symphysiotomie de Zarate.

§ 2. Rapports anatomiques de la symphyse

En avant.

Plan celluleux sous-cutané contenant en particulier des rameaux des vaisseaux honteux externes, sous-cutanés abdominaux et la branche présymphysaire de la honteuse interne.

Dans le tiers inférieur, rapport avec le ligament suspenseur du clitoris qui maintient au contact de la symphyse les genoux et les deux racines cavernieuses du clitoris.

A noter encore dans les cas de « vulve barrée » la partie antérieure de la vulve.

En bas.

La symphyse entre en rapport avec le plancher urogénital moyen qui est formé d'avant en arrière par les éléments suivants :

Le ligament arqué, qui sépare la symphyse des vaisseaux dorsaux du clitoris lesquels, en réalité, s'insinuent dans l'épaisseur du plancher;

L'aponévrose périnéale moyenne ou ligament de Carcassonne. Ses deux feuillets réunis en avant donnent le *ligament transverse du pelvis de Henle*, ce dernier sépare les vaisseaux dorsaux clitoridiens de l'urèthre.

Plus en arrière, ce plan périnéal moyen, qui est traversé par l'urèthre, renferme entre ses deux feuillets des fibres musculaires : quelques-unes circulaires ou pseudo-sphincter uréthral, la plupart rétro-uréthrales, enfin plus postérieur le muscle transverse profond qui n'a plus de rapport avec la symphyse.

A la partie superficielle du plancher urogénital, contournant le bord inférieur de la symphyse, la portion antérieure des organes érectiles : clitoris et ses racines. C'est aussi le point d'émergence des vaisseaux dorsaux du clitoris.

En arrière.

Rapport immédiat avec la *cavité de Retzius*. L'espace prévésical est limité : en avant, par le fascia transversalis qui s'insère sur la partie supérieure de la face postérieure de la symphyse; en arrière, par l'aponévrose ombilico-prévésicale et la vessie; en bas, par les muscles rele-

veurs de l'anūs, obturateurs et leurs aponévroses. Cette paroi inférieure est soulevée par les ligaments pubo-vésicaux latéraux qui laissent entre eux une toile celluleuse perforée par de nombreux vaisseaux. Elle est parfois appelée ligament pubo-vésical médian. En réalité ces ligaments sont loin de l'interligne articulaire.

Dans cet espace prévésical, on trouve de la graisse, des artères et des veines.

Les artères s'anastomosent et sont présentées comme un des dangers de la symphysiotomie.

Ce sont les branches ascendantes de la honteuse interne : prévésicales, graisseuses et rameau rétrosymphysaire. Une branche horizontale rétropubienne de l'obturatrice. Une branche sus-pubienne de l'épigastrique.

Les anastomoses des trois artères principales se font en deux étages et en réalité de part et d'autre de l'interligne articulaire. Il existe quant aux artères une véritable ligne blanche médiane.

Le danger est plus réel en ce qui concerne les veines. Celles-ci sont considérablement développées dans l'important plexus de Santorini. On peut les schématiser en un double delta. Une fourche veineuse horizontale est formée par la réunion des honteuses internes qui reçoit la dorsale du clitoris. Une fourche verticale provient de l'anastomose des vésicales antérieures où se jettent les veines graisseuses.

En haut.

Ce sont d'avant en arrière :

Les grands droits et les pyramidaux de l'abdomen ;

Le fascia transversalis et la ligne blanche élargie, renforcée par l'adminiculum lineæ albæ;

Entre ces deux plans, le *cavum supra pubicum* de Leusser, espace triangulaire à base inférieure symphy-saire, contenant de la graisse et la petite anastomose sus-pubienne des artères épigastriques.

Ces divers éléments musculaires et fibreux peu importants au point de vue anatomique jouent un rôle primordial dans le mécanisme de la symphysiotomie de Zarate; nous verrons qu'il forment un frein supérieur chirurgical que l'on crée artificiellement au cours de l'intervention.

§ 3. Rapports chirurgicaux de la symphyse. — Mécanisme de la symphysiotomie de Zarate. — Ses résultats anatomiques. — Lésions qu'elle permet d'éviter.

Au point de vue chirurgical, les rapports importants sont ceux qui concernent les organes particulièrement exposés à être lésés au cours de l'intervention.

Il existe trois ordres de complications chirurgicales dans toute symphysiotomie (Jorand, 54) :

L'hémorragie par lésion de vaisseaux;

L'atteinte directe de l'urèthre et de la vessie;

Le diastasis articulaire trop brutal ou trop important déterminant des déchirures du plancher périnéal, des lésions de l'urèthre, de la vessie et même la disjonction des articulations sacro-iliaques. Ces dernières éventualités nécessiteraient dans le procédé de Zarate une faute de technique.

Ces complications sont évitées :

— Par l'observation rigoureuse des temps opératoires; l'originalité de la technique se schématisant en trois faits : *symphysiotomie intracapsulaire, section progressive du frein inférieur anatomique, intégrité du frein supérieur chirurgical de l'articulation*;

— Grâce à des circonstances anatomiques heureuses que nous indiquerons.

Nous allons décrire le mécanisme du procédé de Zarate et les faits que nous exposons ont été vérifiés sur le cadavre par Zarate (113) et Von der Horst (107).

Le bistouri pénètre à travers la face antérieure et un peu au-dessous du bord supérieur de l'articulation, il restera dans la capsule articulaire (symphysiotomie intra-ligamentaire).

Section du ligament antérieur; puis, section progressive à la pointe du bistouri du ligament arqué qui forme la partie supérieure du frein inférieur dont nous verrons plus loin la constitution. Les fibres les plus inférieures du ligament se rompent sous la poussée de la tête qui tend à écarter les pubis et du fait de l'abduction forcée imposée aux cuisses de la parturiente (M. Desnoyers a abandonné cette manœuvre.)

Le diastasis s'obtient sans brusquerie et est de plus limité par la tension du frein chirurgical en haut et par le ligament de Henle en bas. Ce dernier ligament se décolle de la symphyse, se tend comme une corde entraînant en s'abaissant les racines du clitoris et l'urèthre qui s'éloignent ainsi de la symphyse et du bistouri.

Si le diastasis est insuffisant on l'amène à la dimension cherchée par la section prudente des fibres les plus inférieures du frein chirurgical.

Quelle est la constitution des freins de l'articulation ?

—Le frein inférieur nous est connu. Il est formé d'avant en arrière et de haut en bas : par l'arcuatum, par la lame sus-urétrale, expansion fibreuse de l'aponévrose périnéale moyenne et par le ligament de Henle.

— Le frein supérieur, de création chirurgicale, se confond anatomiquement avec le ligament antérieur de l'articulation. C'est un complexe dont les fibres sont en majorité obliques ou transversales. Il est formé par : les fibres supérieures de la capsule, l'insertion des muscles droits, l'entrecroisement des piliers internes du canal inguinal. De toutes ces formations, « le nœud de résistance du frein supérieur est l'entrecroisement des piliers internes qu'il ne faudrait pas entamer sous peine de retomber dans l'ancienne symphysiotomie avec ses inconvénients », comme Von der Horst le note au cours de ses expériences cadavériques. En dehors de la sécurité que donne la technique de Zarate par elle-même, il existe des éléments anatomiques qui protègent les organes particulièrement exposés.

Nous noterons : l'importance de la lame sus-urétrale pour la protection de l'urèthre, l'existence d'une nappe celluleuse séparant la veine dorsale du clitoris de la symphyse et la présence d'une véritable bourse séreuse entre la face postérieure de la symphyse et les plexus veineux.

En résumé, la seule complication vraiment à craindre est l'atteinte directe de la veine dorsale du clitoris : soit que le bistouri ne soit pas tenu assez oblique en bas et en avant, soit que la tête fœtale étant dans l'excavation modifie les rapports de ces organes.

Quant aux lésions déterminées par un diastasis trop important ou par le forceps qui déchire le ligament de Henle, elles ne doivent pas se produire. On n'interviendra que si l'accouchement ne peut se faire spontanément après la symphysiotomie afin d'éviter toute manœuvre par voie basse. Enfin, il ne faut demander au procédé de Zarate que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire un écart interpubien peu marqué.

C'est ce dernier point que nous allons maintenant étudier.

§ 4. Ampliation pelvienne obtenue. — Suites anatomiques éloignées de la symphysiotomie

A la suite de recherches entreprises à l'instigation de Pinard, Farabeuf a indiqué le degré d'élargissement du bassin que l'on peut obtenir sans danger.

Pour cet auteur si on ne dépasse pas un écart interpubien de 7 cm. on peut être certain de l'intégrité des ligaments antérieurs des articulations sacro-iliaques. Cependant Le Lorier (60, 62) après des expériences cadavériques récentes a vu le périoste de la face antérieure des sacro-iliaques commencer déjà à se fissurer à partir d'un écart qui ne dépasse pas 5 cm. Mais ces chiffres

sont supérieurs à ceux qu'on recherche dans l'opération de Zarate.

Plus intéressantes pour nous sont les conclusions des études de Farabeuf en ce qui concerne le gain obtenu par la section de la symphyse, nous allons les résumer ci-dessous en trois points.

1. Pour chaque centimètre de diastasis interpubien le diamètre promonto-rétropubien gagne 2 mm.

2. L'augmentation du diamètre transverse est d'environ la moitié du diastasis, celle des diamètres obliques un peu plus forte que celle du diamètre antéro-postérieur et le diamètre biischiatique est agrandi de la valeur du diastasis.

3. La tête fœtale utilise l'espace interpubien créé par l'intervention, y insinue une portion de sa bosse pariétale antérieure et diminue d'autant le diamètre bipariétal.

En additionnant le gain donné par l'écart des pubis et celui obtenu par la saillie de la tête dans la brèche du bassin on obtient d'après Farabeuf le gain total suivant :

diastasis de 1 cm., gain total 3 mm.

— 2 cm. — 5 mm.

— 3 cm. — 8 mm.

— 4 cm. — 13 mm.

Dans la symphysiologie sous-cutanée de Zarate le diastasis ne doit pas dépasser 3,5 à 4 cm. On ne peut donc compter que sur un agrandissement antéro-postérieur de 8 à 12 mm. au maximum.

Comment se répare la symphyse et peut-on obtenir un agrandissement permanent du bassin ?

La réparation se fait par prolifération fibreuse lâche ou serrée, dans certains cas il a pu se former un véritable cal fibreux.

Dans le procédé de Zarate on ne doit pas compter sur un agrandissement permanent du bassin, le rechercher risquerait de faire dépasser les limites permises. La symphysiotomie itérative qui a été plusieurs fois pratiquée peut se faire sans dommage et sans difficulté particulière.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA SYMPHYSIOTOMIE SOUS-CUTANÉE. SUPÉRIORITÉ DU PROCÉDÉ DE ZARATE.

Une rapide étude critique des principaux types de symphysiotomie sous-cutanée démontrera la supériorité du procédé de Zarate.

Nous décrirons ensuite sa technique, ses préparatifs et ses suites normales.

Pour terminer, après être revenu sur certains points qu'il faut préciser, nous indiquerons quelques petites modifications conseillées par M. Desnoyers.

§ 1. Supériorité du procédé de Zarate sur les autres procédés sous-cutanés.

Avant Zarate, ainsi que nous l'avons indiqué dans notre chapitre sur l'historique de la symphysiotomie, plusieurs procédés sous-cutanés ont été pratiqués. Ceux-ci sont plus dangereux, plus complexes et ne semblent pas donner de résultats aussi satisfaisants que le procédé de Zarate.

Nous allons indiquer les critiques que l'on peut adresser aux principales techniques jusqu'ici employées, c'est-à-dire celles de Zweifel, Frank, Kehrler et celles dites « des auteurs sud-américains (107) ». Les autres procédés de Schatz, Grün, Stockel, de technique complexe et mal réglée ont été peu ou même pas employés.

1. Technique de Zweifel. — (122).

Première incision cutanée transversale sur le bord supérieur de la symphyse — section de l'insertion des muscles droits — l'index gauche introduit dans la cavité de Retzius refoule la vessie.

Deuxième incision cutanée à 1 cm. au-dessus du clitoris afin de glisser sous, puis derrière la symphyse un conducteur métallique qui est mis en place par l'index gauche.

Section de la symphyse au fil-scie de Gigli qui ne peut ainsi déraiper.

Critiques. — La symphysiotomie devient sous-cutanée, mais l'incision inférieure et le traumatisme de la cavité de Retzius favorisent l'infection.

Section inutile de l'insertion des grands droits.

Séparation brutale et trop importante des pubis avec les conséquences graves qui peuvent en résulter.

2. Technique de Frank. (41.46.55.109.110.)

Abaissement du clitoris par traction.

Ponction au bistouri à la partie moyenne de la symphyse et section de sa moitié inférieure — à ce moment il se produit habituellement une grosse hémorragie.

Deuxième temps — le bistouri, le tranchant regardant en haut, sectionne la portion supérieure restante de l'articulation.

Critique. — Procédé aveugle et dangereux : hémorragie souvent grave par lésion des corps caverneux et de la veine-dorsale du clitoris. Le ligament de Henle peut être atteint. Ecartement brutal et considérable avec ses inconvénients.

3. Technique de Kehrer. — (56.47.)

Clitoris abaissé par un aide.

Premier temps : section de la moitié inférieure de la symphyse sur ses $2/3$ antérieurs en respectant l'arcuatum. Volte du bistouri qui, le tranchant en haut, sectionne les $2/3$ antérieurs de la moitié supérieure de l'articulation.

Deuxième temps : avec un bistouri mousse cette fois on coupe le ligament supérieur et ce qui reste de la portion postérieure de l'articulation.

Troisième temps : section des ligaments pubovésicaux au ras de la symphyse, puis section lente (pour avoir un diastasis progressif) de l'arcuatum. Jusqu'à obtention de l'écart cherché.

Critique. — L'écartement devient progressif et la limitation du diastasis plus sûre. Mais grosse complexité de la technique qui comporte des temps délicats et qui expose à plus de délabrements que le procédé de Zarate.

4. Technique dite "des auteurs américains" (47.107.)

Elle est particulièrement employée avec quelques variantes dans l'Amérique centrale et dans l'Amérique

du Sud. (Eusebio Hernandez, 49, Pou Orfila, 84, Ortis Perez, 71.) Nous en résumerons les grandes lignes.

Index et médius gauches dans le vagin repoussent latéralement l'urèthre.

Le bistouri ponctionnant les parties molles au-devant de la symphyse, va par un trajet sous-cutané sectionner avec sa pointe les insertions des grands droits. Le bistouri est alors remplacé par un symphysiotome mousse, qui, chevauchant le bord supérieur de la symphyse, est perçu par les doigts vaginaux.

Section complète de bas en haut de la totalité de l'articulation et seulement d'une partie de l'arcuatum dont les fibres inférieures restantes se déchirent spontanément.

Critique. — Ecart considérable par la section complète de la symphyse. Méconnaissance, comme dans les procédés précédents, du frein supérieur. Inutilité de la section des muscles droits. Nécessité d'avoir deux bistouris.

En résumé.

Une critique d'ensemble peut être faite à ces diverses techniques.

1^o Risque d'écart considérable et de lésions des parties molles à la suite de la brutalité du diastasis. Le frein supérieur est toujours ignoré. Le frein inférieur n'est pas toujours utilisé. La symphyse et tous ses ligaments sont complètement sectionnés.

2^o Troubles de la statique de la paroi abdominale par

section inutile des insertions des grands droits sur le pubis.

3^o Outre le danger de l'hémorragie dans le procédé de Frank, prédisposition à l'infection locale et à la trombo-phlébite par : incision trop basse (Zweifel), manœuvres complexes et traumatisantes (Kehrer), changement de bistouri, etc...

4^o Méconnaissance complète de l'existence d'un frein supérieur de l'articulation bien mise en évidence par Zarate.

5. Originalité de la technique de Zarate.

Ce sont ces imperfections qui ont amené Zarate à modifier le procédé de Frank et à indiquer une technique simple et originale ne nécessitant qu'un bistouri ordinaire.

Le procédé de Zarate a des particularités propres. Il est capable de créer un diastasis interpubien dont on reste le maître, sans hémorragie et avec les moindres risques d'infection.

C'est une *symphysiotomie partielle intraligamentaire* qui permet d'obtenir :

1^o Un diastasis progressif et modéré par la section lente du fibro-cartilage ;

2^o Un diastasis gradué grâce à l'utilisation de deux freins modérateurs qui seront différemment traités.

Nous avons étudié plus haut la composition anatomique de ces freins si importants pour expliquer le mécanisme de l'opération de Zarate. Nous allons rappeler leur rôle.

Le frein inférieur, clef puissante de l'articulation, doit être sectionné dans sa portion antérieure et supérieure, portion qui correspond à l'*arcuatum*. Tant que l'*arcuatum* ne sera pas coupé les pubis ne pourront s'écarter. La portion inférieure et postérieure de ce frein ne doit pas être touchée par le bistouri; elle limite dans une certaine mesure le diastasis. Elle est formée par la lame pré et sus-urétrale, et le ligament de Henle.

La notion d'un frein supérieur créé artificiellement par l'intervention est particulière au procédé de Zarate. Ce frein dont nous avons déjà étudié la composition doit être en partie respectée. Il limite le diastasis à condition que l'élément fondamental de sa texture, l'entrecroisement des piliers internes du canal inguinal, soit indemne. (Von der Horst, 107).

Cathala (15) apprécie ainsi le procédé de Zarate : « Cette technique a donc comme avantage de conserver la presque totalité des ligaments de la symphyse; les ligaments qui ne sont pas sectionnés s'allongent sans se déchirer. Mais elle ne permet qu'un écartement limité qui ne dépasse pas 3 cm.; car la tension du manchon fibreux et du ligament de Henle s'il reste intact ne permet pas d'obtenir plus. »

§ 2. Technique de Zarate.

Parfaitement mise au point à la suite de nombreuses publications de Zarate, la technique a été de nouveau contrôlée dans les thèses de von der Horst (107) et de Falsia (33).

Nous allons indiquer avec détails comment se déroule l'intervention. Au chapitre des indications nous verrons à quel moment du travail se pratique l'opération.

Nous décrirons le cas simple d'une symphysiotomie sous-cutanée sur une parturiente ayant une présentation du sommet dans un bassin légèrement rétréci, les contractions utérines étant de bonne qualité. L'intervention doit être faite de préférence au voisinage de la dilatation complète.

Position de l'opérée et préparatifs.

La parturiente est placée sur une table, l'opération pouvant se faire en cas de nécessité en travers du lit.

Position gynécologique. — Deux aides tiennent les membres inférieurs, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. « Les deux membres ainsi placés doivent être portés en abduction forcée à l'extrême, mais fermement maintenus, pour cela, le genou de la femme doit être fortement appuyée sur le corps de l'aide qui le fixe et l'immobilise » (Zarate, 116, 119.)

La région pubienne est rasée et iodée.

La vessie est soigneusement vidée par cathétérisme.

Recherche du repère. — Les mains étant gantées (nous préférons avoir les mains nues), on reconnaît l'interligne articulaire et le bord supérieur de la symphyse que l'on marque de façon apparente.

Anesthésie générale ou rachidienne.

Instrument. — Uniquement un bistouri d'usage cou-

rant à lame trapue de 4 cm. 1/2 de long. De quoi faire un point de suture ou poser une agrafe de Michel.

2. Mode opératoire,

L'index et le médius gauches dans le vagin :

1. Repoussent la présentation;
2. Latéralisent à droite l'urèthre;
3. Reconnassent la symphyse et restent au contact de sa face postérieure.

Le bistouri tenu comme un porte-plume ponctionne l'interligne articulaire à 5 mm. au-dessous du bord supérieur de la symphyse. La lame, dans le plan saggittal, bien perpendiculaire à la symphyse est enfoncée de 2 cm. 1/2 environ. Elle ne ressortira que lorsque le travail du bistouri sera complètement terminé. *La section du fibro-cartilage* donne une sensation granuleuse particulière (Cathala). Elle se fait par petits coups, la pointe du bistouri devenant de plus en plus oblique et s'enfonçant progressivement parallèlement au grand axe de la symphyse. Le manche du bistouri oscille « autour d'un centre qui est au niveau du point d'entrée » (Zarate, 119), afin de ne pas agrandir la petite incision cutanée.

Le bistouri, toujours intra-ligamentaire, arrive au contact de l'arcuatum quand la lame est presque complètement enfoncée.

La section de l'arcuatum sera ensuite faite. La résistance qu'il offre au bistouri est de qualité très différente. La section du ligament sous-pubien s'accompagne aussi

d'un crissement très particulier à sa nature fibreuse. La symphyse commence à s'entrebailler et l'opérateur le perçoit car le jeu de la lame est plus aisé dans l'interligne articulaire. Les dernières fibres de l'arcuatum éclatent avant même d'être coupées du fait de l'abduction forcée. L'articulation s'ouvre avec un véritable craquement et les doigts vaginaux perçoivent alors le diastasis.

Habituellement l'écart n'est pas encore assez accentué, en particulier si la ponction de l'articulation ayant été faite trop basse le frein supérieur a été créé trop puissant. Il faut donc encore échancrer légèrement le frein chirurgical.

Attaque du frein supérieur. Sans sortir la lame de l'articulation, le manche du bistouri est fortement abaissé. La pointe relevée va gratter doucement et avec prudence pour couper ce qui peut rester de la partie supérieure du fibro-cartilage et quelques fibres inférieures du frein supérieur. Les doigts vaginaux contrôlent le progrès et on entend le craquement caractéristique qui indique que l'opération est terminée.

Valeur du diastasis. On recherche un diastasis endopelvien d'un travers de doigt environ.

Hémostase et suture de l'incision. Les doigts vaginaux et le pouce gauche arrêtent par compression une petite hémorragie de 20 à 50 gr. On répare l'incision avec un crin de Florence ou une agrafe.

3. Terminaison de l'accouchement.

L'accouchement se poursuit parfaitement puisqu'il y a de bonnes contractions. Aussitôt après la symphysio-

tomie les doigts vaginaux constatent que la tête s'engage rapidement. L'expulsion se fait ensuite assez vite aussitôt que l'excavation est franchie.

Au moment même de l'expulsion le moindre manque d'étoffe des parties molles doit faire pratiquer une large épisiotomie.

Après l'accouchement on fait un cathétérisme vésical et une révision du col et du vagin afin de s'assurer de l'intégrité de ces organes.

Nous reviendrons plus loin sur la question de l'épisiotomie et sur les modes de terminaison de l'accouchement quand l'utérus est insuffisant.

§ 3. Commentaires sur certains points importants de la technique

1. Point de repère de la symphysiotomie.

C'est le bord supérieur de la symphyse.

L'entrée du bistouri doit se faire sur la ligne médiane à 5 mm. de ce repère.

Il est important de le marquer sur la peau sans mobiliser les téguments et de ne pas ponctionner trop haut ou en dehors de la ligne médiane. Si l'on ponctionne trop haut, on perd tout le bénéfice de la technique de Zarate en risquant de sectionner la portion importante du frein supérieur.

Von der Horst conseille même de ponctionner à 1 cm. au-dessous du repère afin d'éviter sûrement ce risque. Si l'on ponctionne trop bas en effet, le mal n'est pas

grand, on en est quitte à revenir sectionner avec la pointe du bistouri la partie supérieure du cartilage.

Quand le bistouri n'est pas dans le plan de l'interligne, on s'en aperçoit immédiatement, on a une grande difficulté à couper le fibro-cartilage et l'on n'avance pas. La lame n'étant pas normale à l'articulation vient buter par sa pointe sur les petites saillies osseuses des surfaces articulaires.

Cette difficulté peut parfois être rencontrée par un opérateur averti dans le cas de bassin asymétrique, le plan de l'interligne étant lui-même oblique (obs. 44).

2. Perception du diastasis par l'observateur.

C'est sur un ensemble de petits signes que l'on reconnaîtra le début de l'écartement des pubis. Les doigts vaginaux ne perçoivent le diastasis que quand celui-ci est déjà important, leur rôle est de reconnaître la valeur qu'on ne doit pas dépasser.

L'entrebaillement de la symphyse se révèle d'abord par le jeu de la lame du bistouri qui devient plus aisé dans l'articulation. Cet agrandissement déjà parfaitement reconnu par l'intermédiaire du bistouri n'est pas encore appréciable par la voie vaginale. Puis un sillon se creuse à la face postérieure de la symphyse et s'agrandit sous le doigt. C'est sous ce contrôle tactile que l'action du bistouri sera arrêtée quand la dépression atteindra la largeur d'un doigt environ. A ce moment, en effet, l'écart des pubis mesurera sur la face antérieure de la symphyse la valeur de deux travers de doigt soit 3 cm. 1/2 environ.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on atteindra un diastasis exopelvien de trois travers de doigt.

La différence de perception sur les faces antérieure et postérieure de l'articulation s'explique par son architecture et la forme de coin à grosse extrémité antérieure du fibro-cartilage.

A la suite de ses expériences sur le cadavre frais, Zarate a conclu que l'écartement endopelvien correspond environ à la moitié de l'écartement exopelvien.

3. Hémostase.

Le petit temps de compression pour faire l'hémostase a son importance.

Tamponnement de la petite plaie par une compresse maintenue par le pouce gauche et pression de l'index gauche resté dans le vagin, sur la face postérieure de l'interligne articulaire.

Cette compression en pince, extrêmement efficace, sera maintenue quelques instants. L'hémostase est parfaite et surtout on aura évité dans une certaine mesure l'accumulation de sang dans l'espace interpubien.

4. Contrôle de l'Intégrité des parties molles.

On n'omettra jamais la révision soignée des parties molles comme on doit le faire après toute intervention par voie basse.

Le cathétérisme vésical donnant une urine claire tranquillise l'opérateur sur l'état de l'urèthre et du col vésical.

Le pourtour du col de l'utérus sera minutieusement suivi sous le contrôle de la vue et en s'aidant si c'est nécessaire de pinces.

La paroi antérieure du vagin est particulièrement exposée aux déchirures, aussi devra-t-elle être examinée avec beaucoup de soins.

§ 4. **Conseils donnés par M. Desnoyers**

Les quelques points particuliers que nous signalons maintenant ont donné toute satisfaction et sont le fruit de l'expérience.

1. *L'anesthésie au chlorure d'éthyle* est la meilleure. Le sommeil est très vite obtenu. L'anesthésie de courte durée et toujours suffisante, modifie peu le cours du travail. Le réveil rapide enfin permet à la femme des efforts d'expulsion efficaces.

2. *Maintien d'une sonde en gomme dans l'urèthre pendant l'intervention.* Imbert le recommandait déjà dans un procédé très différent, puisqu'il était sous-muqueux.

La présence d'une sonde en gomme donne une perception facile de l'urèthre et facilite le travail des doigts.

3. *Le rôle des doigts intravaginaux est très important.* On n'a pas assez insisté sur l'effort qu'ils fournissent en refoulant en haut la vessie, latéralement l'urèthre.

C'est le doigt qui contrôle la pointe du bistouri suivie à travers la paroi vaginale. C'est lui qui perçoit les petites brides qui retiennent encore la symphyse à moitié ouverte et qui devront être successivement sectionnées.

4. *L'abduction forcée des cuisses doit être abandonnée.*

Elle a presque toujours paru inutile sinon dangereuse, la symphyse s'ouvrant d'elle-même lorsque toutes les filtres interpubiennes sont sectionnées.

5. *Cette technique qui ne s'improvise pas relève de l'accoucheur spécialisé.* La bonne conduite d'une symphysiotomie par le procédé de Zarate nécessite une véritable éducation. Aussi ne sommes-nous pas de l'avis des auteurs sud-américains qui la considèrent comme une opération courante destinée à l'omnipraticien.

M. Desnoyers, dans une publication récente (25), a insisté sur le doigté que nécessite cette opération, cependant simple et facile pour celui qui s'y est exercé.

Elle ne peut vraiment s'apprendre que par sa pratique répétée sur le cadavre.

En effet, celui qui assiste à une symphysiotomie ne voit absolument rien. Il ne peut se rendre compte des sensations très diverses transmises par le bistouri à l'opérateur. Cette intervention en apparence aveugle est en réalité d'une précision constamment contrôlée. Les résistances très différentes rencontrées au cours de la section de la symphyse permettent de pratiquer correctement les divers temps opératoires et de situer exactement la position de la lame du bistouri.

Nous transcrivons textuellement ses conclusions : « Ceci explique sans doute que bien des accoucheurs aient eu des déboires, sinon des désastres dans les premières symphysiotomies qu'ils ont pratiquées — déboires qui leur ont fait écarter définitivement une intervention qu'ils ont jugée, par ces premières tentatives,

d'exécution difficile et dangereuse... C'est pourquoi je pense pouvoir conclure que, malgré ses avantages incontestables, la symphysiotomie, du fait de ses difficultés d'indication d'une part, du fait de ses difficultés techniques d'autre part, ne saurait prendre place comme certains accoucheurs l'ont envisagé, parmi les interventions courantes de petite chirurgie du médecin praticien. » (Desnoyers 25).

CHAPITRE IV

APRÈS LA SYMPHYSIOTOMIE. — L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES.

Les indications de la symphysiotomie étant respectées et l'intervention correctement faite, la bonne marche de l'accouchement dépend avant tout de la valeur des contractions utérines.

Nous étudierons successivement, l'accouchement spontané et naturel succédant à de bonnes contractions utérines et les modes de l'accouchement lorsque l'utérus est défaillant.

Nous terminerons cet exposé en indiquant la réaction de la symphyse pendant l'accouchement, l'influence de la symphysiotomie sur la délivrance et la conduite à tenir dans les suites de couches.

§ 1. Contractions utérines efficaces.

Accouchement spontané.

Au sortir du réveil anesthésique on engage la parturiente à pousser dès la première douleur. La position gynécologique employée pour l'opération est maintenue.

Dès les premières contractions la tête s'engage, dans quelques cas particuliers où la dilatation n'était pas complète — et nous reviendrons sur cette question dans notre chapitre des indications, — celle-ci se complète sous la poussée du globe céphalique.

Descente et rotation de la tête qui d'après Zarate obéit à une petite variante du mécanisme de rotation. Celui-ci ne se complète pas, la tête termine sa descente et s'expulse en position oblique. Hernandez dit avoir toujours vu la tête s'expulser en occipito-pubienne. Dans nos observations, on a souvent constaté le fait signalé par Zarate; dans un cas (obs. 27) le dégagement s'est fait en droite transverse mais le diastasis s'était ici dangereusement augmenté.

Quand la symphysiotomie a été faite au voisinage de la dilatation complète et que les contractions utérines ont été de bonne qualité, l'accouchement se termine en moyenne en 15 à 25 minutes. Dans certains cas favorables, l'enfant est expulsé en deux ou trois contractions.

Nous rappellerons enfin, que, dans toute symphysiotomie, le moindre manque de souplesse du périnée commande de larges épisiotomies prophylactiques..

§ 2. Contractions insuffisantes ou arrêt du travail.

Hypophyse. — Version. — Forceps.

L'impuissance dynamique de l'utérus met dans l'obligation de terminer artificiellement l'accouchement. Des signes intenses de souffrance fœtale peuvent déterminer une décision semblable.

1. *Hypophyse*. L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse est relativement très employé après la symphysiotomie, certains accoucheurs font suivre systématiquement l'intervention d'une injection de ce produit. Bien que l'indication se présente souvent, puisque habituellement on se trouve en présence d'utérus fatigué par une épreuve du travail qui a été vaine, on ne doit pas abuser de ce médicament.

A la Maternité, l'hypophyse n'a été utilisée qu'à bon escient et à doses faibles avec d'assez bons résultats. On recommande habituellement d'injecter des doses renouvelables de $1/8$ de lobe, il nous a semblé plus prudent d'utiliser que des doses moitié moins importantes.

Les réactions individuelles à l'hypophyse sont malheureusement très variables, souvent peu efficaces, plus rarement l'injection peut déterminer de la contracture. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet, à propos de la discussion critique de nos observations.

2. *Version par manœuvres internes*. Exceptionnellement utilisée, car habituellement les membranes sont rompues depuis longtemps. Elle peut être aussi dangereuse que le forceps.

Nous en rapportons une observation (n° 24) où l'indication a été très spéciale.

3. *Forceps*. Les applications de forceps doivent être évitées, car elles risquent de déterminer des complications maternelles importantes. Augmentation du diastasis interpubien et délabrements graves des parties molles.

Certaines précautions permettent cependant de limiter ces risques. Déjà à l'ère de la symphysiotomie à ciel ouvert plusieurs de ces recommandations étaient déjà suivies :

— Large épisiotomie double pour soulager la paroi antérieure du vagin qui est très menacée;

— Faire la prise de préférence suivant un diamètre oblique;

— Faire rapprocher les cuisses de la femme pendant la descente de la tête;

— Eviter autant que possible le temps de rotation intra-pelvien pour ne l'exécuter que lorsque la tête ayant quitté le détroit inférieur se trouve dans le bassin mou.

Il est évident que toutes ces applications de forceps ne sont pratiquées que sur une tête engagée.

§ 3. Réaction douloureuse de la symphyse ?

Cliniquement on ne note rien même dans les cas où l'expulsion ne suit que tardivement l'intervention. La parturiente qui a le bassin sectionné surtout quand elle reste immobilisée, comme il se doit, ne souffre que de ses contractions utérines. Schauta était dans son tort quand il accusait Zweifel de cruauté, celui-ci demandant d'attendre l'accouchement spontané après la symphysiotomie (Congrès de Breslau 1893).

L'accouchement semble donc se poursuivre normalement sans phénomènes douloureux particuliers. Quand on note exceptionnellement de la douleur au niveau des

sacro-iliaques il est à présumer que celles-ci ont été traumatisées par un diastasis trop important.

§ 4. Délivrance

La symphysiotomie n'a aucune influence sur la délivrance puisqu'elle n'intéresse en rien l'utérus lui-même.

§ 5. Conduite à tenir dans les suites de couches

Immobilisation relative de la symphyse. Il est largement suffisant de réunir les genoux par un lien. La compression du bassin par une ceinture ne fait pas mieux.

Lever des opérées. Pour Zarate le lever se fera du 12^e au 14^e jour. A la Maternité les femmes ne se sont levées en moyenne que vers le 18^e jour. Il est vrai que, le plus souvent, il s'agissait de cas impurs susceptibles d'infection veineuse, ce fut donc une simple mesure de sécurité.

CHAPITRE V

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. AVENIR DE LA SYMPHYSE PUBIENNE.

Les accidents et complications sont :

Soit d'ordre infectieux;

Soit d'ordre mécanique.

Les premiers, infectieux, sont peu fréquents. Ils se rencontrent surtout dans les cas très infectés qui parfois ne relèvent plus de la symphysiotomie.

Les seconds dépendent surtout d'un défaut de technique ou d'indications mal posées; aussi, doivent-ils être évités.

Les complications peuvent être immédiates, consécutives à la symphysiotomie ou bien se manifester tardivement.

Dans la série d'observations que nous rapportons, elles ont été peu fréquentes et la plupart se sont réparées spontanément.

§ 1. Accidents et complications immédiats

Ce sont des hématomes ou des hémorragies, des plaies du vagin, la blessure de l'urèthre ou du col de la vessie.

1. *L'hémorragie* ne dépasse pas habituellement 20 à 50 grs. au cours de l'intervention, elle est rapidement tarie par compression de la plaie opératoire.

Quand elle est abondante, c'est que la veine dorsale du clitoris a été atteinte. C'est peut-être cette lésion qui a déterminé l'hémorragie veineuse externe de l'observation 26, l'hémostase en a été facilement faite après l'accouchement par simple compression.

Dans des cas où le défaut de technique est particulièrement important, le bistouri a pu léser le plexus de Santorini. Un de nos collègues a observé un cas relevant vraisemblablement de cette lésion : la femme qui avait subi une symphysiotomie est morte d'anémie aiguë malgré transfusion sanguine. On avait noté une hémorragie externe assez abondante et à l'autopsie de volumineux trombus profonds. Une pareille éventualité est vraiment exceptionnelle et on n'a jamais été inquiété par l'hémorragie à la Maternité.

2. *L'hématome* que l'on peut observer n'a pas la fréquence de l'hématome rétropubien de la pubiotomie. Il évolue habituellement vers la guérison, son siège présymphysaire facilitant le traitement si parfois il s'infecte.

Nous en avons observé une localisation moins fréquente au niveau de la grande lèvre (obs. 26). Ce trombus s'est résorbé spontanément.

3. *Les plaies du vagin* sont peu fréquentes, elles intéressent surtout la paroi antérieure.

Quand elles résultent uniquement de l'acte opératoire, il faut incriminer une section trop rapide de la symphyse. Ce fait est confirmé par la fréquence relative des déchirures du vestibule ou de la paroi vaginale antérieure signalées dans les observations de symphysiotomies où tous les ligaments articulaires sont brutalement sectionnés. (Procédé dit des auteurs sud-américains.)

Elles se produisent aussi : quand le degré de la dystocie a été mal calculé et que la disproportion céphalopelvienne est trop marquée, quand la tête très ossifiée ne s'est pas accommodée, surtout enfin, à la suite d'extraction par forceps.

Mais la grande cause (qui est une contre-indication) est l'atrésie des parties molles. Aussi chez les primipares doit-on craindre ces déchirures vaginales si l'on ne pratique pas préventivement une ou même deux larges épisiotomies prophylactiques.

Dans l'observation 27, le seul cas où nous ayons noté une déchirure vaginale antérieure, on doit incriminer le passage d'une tête très ossifiée de 9,6 de bipariétal chez une femme qui s'est particulièrement agitée. Chose remarquable, la déchirure de la paroi antérieure du vagin communiquait avec la cavité articulaire de la symphyse; elle fut soigneusement nettoyée et réparée et, malgré une température de 39° au moment de l'intervention, la guérison survint rapidement. Ce fait particulier montre une fois de plus qu'il est difficile de se baser sur le degré de fièvre pour apprécier l'importance d'une infection du travail.

4. *Les blessures de l'urèthre et du col de la vessie* sont rares au cours de l'opération si les doigts intravaginaux latéralisent fortement l'urèthre.

C'est plutôt après une application de forceps, surtout chez les primipares, que l'urèthre peut être déchiré à la suite d'un éclatement du ligament de Henle. L'uréthrorragie est la signature d'une atteinte des voies urinaires.

La blessure légère de l'urèthre par un coup de pointe du bistouri est d'un pronostic plus bénin. Si elle n'est pas méconnue, la guérison s'obtient rapidement par la pose d'une sonde à demeure comme l'observation 10 le montre. Quand elle n'est pas reconnue, cette lésion peut être à l'origine d'un abcès présymphysaire ou d'une fistule urinaire.

§ 2. **Accidents et complications consécutifs à la symphysiotomie**

1. *L'œdème des grandes lèvres* n'est pas pour vrai dire une complication. Il est de fréquence moyenne et relève d'une lésion des nombreux troncs lymphatiques de la région. Quelquefois en rapport avec une légère infiltration sanguine, il peut enfin annoncer le début de la complication suivante.

2. *L'abcès présymphysaire* semble avoir deux étiologies; quant à la *suppuration de l'articulation*, elle est exceptionnelle.

L'abcès présymphysaire peut provenir de la transformation purulente d'un hématome. Il est peu volumineux et parfois se draine spontanément par l'incision

opératoire. Dans l'observation 26, il s'est manifesté par de l'œdème de la région présymphysaire et de la partie supérieure des grandes lèvres s'accompagnant d'un état fébrile. Au 10^e jour des suites de couches, la désunion de la cicatrice a donné issue à un pus couleur chocolat. Il n'en est résulté aucune suite fâcheuse.

L'abcès présymphysaire peut aussi être en rapport avec une petite lésion de l'urèthre. C'est un abcès peu important avec suintement d'urine qui guérit très rapidement par la simple pose d'une sonde à demeure. Nous en avons constaté un cas net (obs. 40); la sonde vésicale a été laissée 12 jours et la femme s'est levée le 31^e jour.

3. *La trombo-phlébite* semble être l'accident le plus important. Il ne faut pas incriminer spécialement la symphysiotomie. Dans les infections du travail, la phlébite relève de l'infection utérine et se rencontre aussi bien dans une césarienne basse où dans une autre intervention obstétricale.

Dans les procédés opératoires anciens, les affections veineuses étaient fréquentes. Kelrer d'après Zarate signale des phlébitis dans plus de 30 % de ses observations.

L'étiologie en a été diversement interprétée. Quand l'infection veineuse est vraiment en rapport avec l'intervention, « il est logique d'en rechercher sa cause dans la lésion des corps caverneux du clitoris ou de quelque zone des riches conduits veineux de cette région » (Zarate).

Parmi nos observations nous relevons :

Une phlegmatia alba dolens (obs. 1). La parturiente

avait présenté un état subfébrile pendant le travail.

Une phlébite double chez une albuminurique (obs. 20).

Une phlébite à bascule avec petites embolies pulmonaires. Ces trois accouchées ont parfaitement guéri; malheureusement, nous avons à regretter :

Une embolie mortelle au 11^e jour des suites de couches (obs. 34). Elle survint brutalement après un état fébrile, premier signe de l'infection veineuse.

C'est la seule mort que l'on ait à inscrire au compte (?) des symphysiotomies que nous rapportons.

§ 3. Complications tardives

Ce sont : l'incontinence d'urine, les troubles de la marche et les prolapsus génitaux.

Ces complications fréquemment observées dans les techniques anciennes ne s'observent pour ainsi dire plus dans la symphysiotomie sous-cutanée où l'écartement des pubis est peu marqué.

1. *L'incontinence d'urine.* Elle a peu d'importance quand elle est transitoire. Mais, il est des incontinenes d'urine qui ne guérissent pas spontanément et dont la thérapeutique chirurgicale est difficile.

Dans un cas ennuyeux, déjà signalé plus haut (obs. 26) l'opérée qui s'était levée le 18^e jour présentait une incontinence importante des urines qui n'avait pas rétrocedé 45 jours après l'accouchement. A cette date, une colporrhaphie antérieure avec plissement sous-urétrhal est pratiquée avec un succès relatif. Quelque temps après cette opération restauratrice la perte des urines ne se

produisait plus qu'à l'effort. Depuis cette femme a été perdue de vue.

2. *Les troubles de la marche.* Ils existent toujours après la symphysiotomie. Nous décrirons des troubles transitoires qui ne sont pas à vrai dire une complication, et l'impotence fonctionnelle plus ou moins marquée qui peut plus rarement succéder à l'opération.

Dans tous les cas, les premiers pas de l'opérée sont pénibles : marche hésitante et boitillante, membres inférieurs éloignés l'un de l'autre, douleurs au niveau des articulations du bassin. Ces signes rétrocedent bientôt et la marche devient normale au bout d'un certain temps.

Pour les auteurs américains, tous ces phénomènes disparaissent complètement en quelques jours sauf dans quelques cas ou, pour Palacios Costa, intervient un élément psychique.

Nous ne sommes pas du même avis. Si par exception quelques femmes récupèrent très rapidement une marche aisée, le plus souvent il persiste pendant un à deux mois des phénomènes qui gênent la locomotion.

Le plus grand nombre des opérées nous ont dit avoir présenté après leur sortie de la Maternité une légère boiterie et de la douleur de la symphyse à la montée des escaliers. Ces signes étaient plus accusés à la fin de la journée et quand elles étaient fatiguées. Tout rétrocedait au bout de quelques semaines.

Dans d'autres cas, il existe une véritable complication et la réparation de la symphyse est beaucoup plus longue à se faire. La marche très pénible ou même impos-

sible détermine des douleurs au niveau de la symphyse pubienne et des articulations sacro-iliaques.

La palpation de la symphyse est douloureuse et fait constater un large diastasis, la manœuvre de Budin fait percevoir un chevauchement important des pubis.

Dans *une seule observation* nous avons eu des troubles persistants de la marche après symphysiotomie (obs. 7). Le lever se fait au 20^e jour, la femme ne peut marcher que soutenue par deux aides. Les jambes restent écartées et l'on perçoit de petits craquements dans les articulations du bassin. En quelques jours, l'impotence s'améliore, la marche devient possible sans aide mais nécessite une canne. Ayant consulté dans un service de chirurgie, la malade subit au 37^e jour après l'accouchement une symphysiorrhaphie qui l'a considérablement améliorée et lui a permis de reprendre un travail pénible.

Nous ferons remarquer à ce sujet que l'opération restauratrice a été trop précoce. Restée sous surveillance obstétricale et simplement immobilisée au lit, on pouvait espérer qu'au bout d'un certain temps l'intervention serait devenue inutile et que les troubles fonctionnels se seraient amendés.

Les lésions de l'articulation de la symphyse (en dehors des dangers de l'infection locale) ont tendance à se réparer spontanément. Ces faits étaient bien connus (Rudaux, 90). On a encore signalé récemment de graves disjonctions de la symphyse accompagnées de lésions périnéales et vésicales, dont le pronostic est beaucoup plus sévère. Ces complications survenues à la suite de forceps laborieux ou d'extraction de gros sièges ont guéri

parfaitement à la suite du simple repos prolongé. (Cotte et Belloir, 22; Plauchu, Trillat; Ménaché, 68, etc.)

3. *Les prolapsus génitaux* sont avant tout des cystocèles. Ils sont peu fréquents dans le procédé de Zarate ou l'on ne recherche pas un écart interpubien important.

Nous avons noté un léger cystocèle chez une des opérées de la Maternité (obs. 42). Cette complication a été observée cinq mois après l'accouchement. Dans ce cas particulier on avait obtenu par la symphysiotomie l'écart maximum, soit trois travers de doigt.

4. *Les fistules urinaires*, peu fréquentes, sont vésicopariétales. Relevant d'une atteinte du col de la vessie par la pointe du bistouri, elles ont tendance à guérir spontanément après pose d'une sonde urétrale à demeure. Aussi ne faut-il pas se presser pour les traiter chirurgicalement.

Nous n'en avons observé qu'une fois (obs. 29). La sonde à demeure a été utilisée. La femme quitte le service seulement le 44^e jour ayant eu un épisode pulmonaire fébrile, la marche est parfaite. Chez elle la station debout aurait de nouveau déterminé pendant près de 3 semaines un suintement intermittent d'urine au niveau de la cicatrice opératoire. Il est très intéressant de noter que la lésion se répare spontanément, sans sonde à demeure, la femme ne s'étant pas inquiétée. Deux mois 1/2 après l'accouchement et par la suite l'état de santé a été excellent à tous les points de vue.

§ 4. **Avenir de la symphyse pubienne après la symphysiotomie. — L'agrandissement permanent du bassin n'est pas obtenu.**

Le diastasis interpubien ne se maintient pas intégralement après l'accouchement. Produit par la section de la symphyse, il relève en partie de la poussée de la tête qui descend dans le bassin.

Dans l'obs. 39, on a remarqué le fait suivant. La symphysiotomie avait produit un écart interpubien de 2 travers de doigt permettant le passage d'un bipariétal de 10.3. Aussitôt après l'accouchement, les pubis se sont rapprochés et il ne persistait plus qu'un espace d'un demi-travers de doigt.

— Dans les jours qui suivent l'opération, l'examen local montre : écart interpubien très variable, souvent moins marqué qu'au cours de l'intervention — douleur à la pression — chevauchement des pubis.

— A la sortie de l'hôpital, vers le 18^e jour, les signes sont plus atténués mais toujours très variables. Tandis que chez certaines le diastasis reste important avec mobilité osseuse marquée, dans d'autres cas on est surpris de trouver peu de chose.

— Plus tardivement, environ un an après la symphysiotomie, le plus souvent on ne retrouve rien sur la face endopelvienne de la symphyse et le piétinement sur place à la Budin ne donne aucun chevauchement. C'est dans ces cas qu'il ne persiste plus qu'un interligne élargi à la face antérieure de l'articulation.

Ces constatations cliniques sont d'ailleurs trompeuses

La radiographie de la symphyse montre la persistance d'un certain écart, lequel comblé par du tissu fibreux, n'est pas perçu au toucher.

Varnier avait déjà fait des constatations analogues dans les débuts de la radiographie et pour la symphysiotomie à ciel ouvert. Hernandez de Cuba est revenu récemment sur ce sujet.

Il résulte de ces constatations que le procédé de Zarate ne donne pas d'agrandissement permanent du bassin. Ce n'est du reste pas le but qu'on se propose en pratiquant cette opération et celui-ci ne doit pas être cherché.

Ce résultat ne peut être obtenu qu'en sectionnant tous les ligaments comme dans la technique de Fara-beuf, on s'expose alors à des complications importantes.

Ne pouvant compter sur l'opération de Zarate pour supprimer une dystocie osseuse, on devra renouveler la même intervention aux accouchements ultérieurs si c'est nécessaire.

Des symphysiotomies itératives ont été pratiquées sans aucun incident et des observations ont été particulièrement publiées par Zarate et ses élèves, par Rafael Mestre (67), Pasman et Pietranera (78).

On n'a pas eu l'occasion de pratiquer de symphysiotomie itérative à la Maternité; à notre connaissance, une seule des opérées (obs. 29) est actuellement en état de gestation de 7 mois et ne présente aucun trouble.

CHAPITRE VI

PLACE QU'OCCUPE LA SYMPHYSIOTOMIE SOUS-CUTANÉE DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE LA DISPROPORTION FŒTO-PELVIENNE.

C'est dans le cas de dystocie osseuse relative et de disproportion fœto-pelvienne légère que s'affrontent encore à l'heure actuelle divers procédés opératoires. Nous allons montrer que sous sa nouvelle forme la symphysiotomie, dans les limites strictes de ses indications, rend encore de grands services.

Pour résoudre le problème des bassins limites, l'épreuve du travail ayant été tentée en vain, quels procédés possédons-nous pour terminer l'accouchement. Aucun ne convient parfaitement à la pluralité des cas cliniques. On devra donc choisir dans l'arsenal obstétrical l'intervention qui permettra d'obtenir un enfant vivant avec le moins de risque pour la mère.

Forceps et version

De l'avis de tous, le forceps au détroit supérieur doit être prohibé particulièrement dans ces cas de rétrécissement du bassin, cet instrument n'est pas destiné à réduire la tête fœtale.

L'on ne recourt plus à la version qui détermine chez l'enfant des enfoncements craniens ou des complications méningo-encéphaliques quand le bassin est rétréci. L'emploi de ces méthodes dont le but était de franchir par la force un obstacle osseux donnait autrefois une mortalité foetale effroyable et une morbidité maternelle notable. Il faut donc se féliciter de leur abandon.

Les césariennes

Restent les pelvitomies et les césariennes.

La césarienne corporéale classique n'est plus en cause. Ne permettant pas l'épreuve du travail, elle ne conserve plus que des indications particulières.

La césarienne basse supra-symphysaire faite transpéritonéale et sur le segment inférieur autorise une intervention au cours du travail, les membranes rompues.

« Dans les cas suspects où l'infection intra-ovulaire est possible parce que les membranes sont rompues depuis plus ou moins longtemps, alors même qu'il n'existe aucun signe clinique d'infection, la sagesse est de rejeter systématiquement la césarienne haute au profit de la césarienne basse, qui est alors infiniment moins dangereuse. Il en est particulièrement ainsi chaque fois qu'on tente en vain l'épreuve du travail en cas de viciation légère du bassin. » (A. Couvelaire et L. Portes, 20).

La césarienne basse supra-symphysaire donnant plus de sécurité que la corporéale s'est rapidement diffusée, elle est maintenant très employée.

On a voulu opposer la césarienne basse aux pelvotomies et en particulier à la symphysiotomie sous-cutanée. Pour Magalhaes (64) la césarienne est universelle dans le traitement de la dystocie osseuse. Pour d'autres auteurs, « la césarienne pour dystocie relative a vécu, remplacée par la symphysiotomie » (Zarate, 118).

En réalité ces deux opérations ne doivent pas se combattre, car elles répondent à des indications différentes. Cependant, les accoucheurs éclectiques sont peu nombreux.

La majorité des accoucheurs français utilisent surtout la césarienne. Ils acceptent bien la symphysiotomie comme opération de nécessité mais ne l'utilisent pratiquement pas.

Un élément important intervient en effet dans la discussion : *l'infection amniotique*.

Si dans les cas purs les résultats varient peu il en est tout autrement lorsqu'il existe de l'infection.

L'opinion de Schikelé (95) était trop exclusive quand il disait : « L'infection n'est plus une barrière... la césarienne basse répond à tous les besoins ». On commence maintenant à considérer que la césarienne basse chez une femme qui a perdu les eaux depuis longtemps, même en dehors de toute infection apparente, n'est pas exempte de risque. Les examens bactériologiques pratiqués au cours du travail par Risacher (85) à la Maternité et à la Clinique Baudelocque ont montré que pendant les 3 premières heures qui suivent la rupture des membranes le liquide amniotique est presque toujours stérile; dix heures

après la rupture de la poche des eaux, le liquide est presque toujours infecté.

Quand il existe des signes d'infection, et il est difficile avec nos moyens actuels d'apprécier son degré de gravité, on est amené à faire suivre la césarienne par une hystérectomie.

Afin d'éviter de mutiler des femmes jeunes qui peuvent avoir d'autres enfants, on a essayé de perfectionner la césarienne basse et d'accroître sa sécurité : soit comme le fait Jeannin (53) en isolant la grande cavité péritonéale par un artifice opératoire, soit plus souvent en complétant la césarienne basse par un drainage à la Mickulicz ; ce dernier procédé rénové et vulgarisé par mon maître J.-L. Faure ayant donné d'excellents résultats en gynécologie.

Ces procédés sont malheureusement imparfaits et ne donnent pas la sécurité de l'hystérectomie aussi « nous devons encore faire une très large part à l'opération mutilatrice, à l'hystérectomie qui, je l'espère, tendra de plus en plus à diminuer » (Jeannin, 53).

L'opération de Portes est une césarienne corporéale suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (Sureau 123). Elle peut parfois éviter l'hystérectomie. C'est une intervention importante plus grave pour la mère qu'une symphysiotomie sous-cutanée. D'ailleurs ces deux opérations ne s'excluent pas. Elle sera pratiquée « lorsqu'on a laissé passer l'heure de la césarienne conservatrice et lorsque les conditions cliniques ne sont pas favorables à la pratique des pelvitomies » (Scemla, 92).

Ce même auteur a parfaitement indiqué le siège de la symphysiotomie dans la hiérarchie thérapeutique en ce qui concerne les cas impurs. Il reconnaît la valeur de cette intervention en disant que son « territoire commençant où finit celui de la césarienne conservatrice... à un échelon de plus d'infection et dans la gamme des dystocies elle cédera la place aux opérations d'exception parmi lesquelles l'opération de Portes ».

Les diverses pelvitomies et les résections partielles du bassin

Il est raisonnable d'inscrire à l'avantage de la pelvitomie un certain nombre d'avantages :

— Possibilité de poursuivre une épreuve du travail bien que les membranes soient rompues depuis plusieurs heures et qu'il existe une infection latente.

— Conservation de l'utérus et enfant vivant malgré infection possible ou confirmée.

— Utérus intact, alors qu'après les hystérotomies sa valeur est amoindrie et que la fonction de reproduction est lésée en une certaine mesure.

— Simplicité de l'acte opératoire avec danger minime puisque le péritoine n'est pas intéressé.

— Suites opératoires immédiates plus simples.

La légitimité de la pelvitomie établie, quel est actuellement le meilleur procédé d'élargissement du bassin ?

Pratiquement ne sont à envisager que la pubiotomie sous-cutanée et la symphysiotomie sous-cutanée. *La*

résection de l'angle sacro-vertébral de Rotter et Schmid. La symphysiectomy partielle de Costa permettraient d'obtenir un agrandissement permanent du bassin. Le premier procédé est dangereux et donne des résultats aléatoires. Le second n'a pas encore fait ses preuves; il ne donne que des chiffres égaux ou inférieurs à ceux de la symphysiotomie en ce qui concerne le gain du diamètre promonto-sous-pubien, enfin il compromet beaucoup plus la solidité du bassin.

La pubiotomie sous-cutanée. Elle n'est pas pratiquée à la Maternité. Pour Le Lorier symphysiotomie et pubiotomie donnent des résultats superposables dans les mains d'opérateurs exercés.

Pour Cathala, l'un ou l'autre de ces procédés sera employé suivant les circonstances, le choix étant justifié d'après les avantages et les défauts propres à chacune de ces techniques.

La pubiotomie aurait un champ d'action plus étendu :

— Ecartement pubien plus important pouvant atteindre 6 cm.;

— S'il est urgent d'extraire le fœtus après l'intervention, l'emploi du forceps est moins dangereux;

— Dans les extractions de gros sièges on peut passer prophylactiquement (Cathala) le fil-scie de Gigli et, n'effectuer la pubiotomie que s'il se produit une dystocie de la tête dernière;

— La consolidation du bassin serait meilleure et plus rapide;

— Dans le cas peu fréquent d'ossification de la symphyse

(Cathala) la symphysiotomie ne peut être remplacée que par la pubiotomie.

La symphysiotomie sous-cutanée. C'est la meilleure opération dans les rétrécissements minimes, quand on pense que l'accouchement se fera spontanément.

— Dans le cas d'extrême urgence, la simplification du matériel, la brièveté des préparatifs et la rapidité d'exécution, la feront préférer et en particulier dans un milieu non chirurgical.

— Dans une dystocie de la tête dernière imprévue c'est la seule opération permettant d'avoir un enfant vivant.

Nous ajouterons encore à l'avantage de la symphysiotomie sous-cutanée :

— Qu'elle ne lèse pas les sacro-iliaques tandis que la pubiotomie dont l'écart est difficile à régler diminue fréquemment la solidité du bassin;

— Elle ne prédispose pas comme la pubiotomie aux hernies puisqu'elle ne lèse pas les orifices inguinaux externes comme cette dernière;

— La pubiotomie peut laisser à sa suite un cal exubérant qui aggrave d'autant la dystocie osseuse déjà existante;

— Enfin, quand la dilatation n'est pas complète, on préférera nettement la symphysiotomie; la pubiotomie pourrait ici être dangereuse du fait de l'hémorragie du foyer opératoire qui se poursuit pendant l'expulsion et le dégagement.

Pour situer plus exactement la place qu'occupe la symphysiotomie sous-cutanée dans le traitement de la

dystocie osseuse, nous reproduisons les lignes suivantes de Cathala.

Conduite à suivre pendant la grossesse : « Un rétrécissement prononcé du bassin est une indication absolue de la césarienne. Si au contraire le rétrécissement du bassin est modéré et donne l'espoir que l'accouchement se fera sans risque pour la mère et pour l'enfant, on laisse la femme entrer en travail et, au cas où malgré les prévisions, il survient de la dystocie, on pratique soit une césarienne si la parturiente est en excellent état, soit plutôt une pelvitomie s'il y a des craintes d'infection ovulaire » (Cathala, 15).

Conduite à tenir quand on est appelé auprès d'une femme en travail suspecte d'infection : « Il est préférable de ne pas pratiquer une césarienne conservatrice, même basse, qui présente toujours de grands risques. Si l'infection paraît peu sérieuse la pelvitomie offre moins de danger, mais si l'infection paraît grave ou si le bassin est très rétréci il vaut mieux avoir recours soit à la césarienne suivie d'hystérectomie, soit à l'opération de Portes » (Cathala, 15).

*
* *

Pour terminer nous ajouterons que les accoucheurs qui n'utilisent pas les pelvitomies perdent un certain nombre d'enfants dans des circonstances très particulières, nous avons pu suivre de pareils cas.

Il s'agit de ces épreuves du travail au cours desquelles se manifestent des signes marqués de souffrance fœtale

Si la pelvitomie est systématiquement repoussée, un cruel dilemme se pose. Ou bien laisser aller et sacrifier l'enfant ; ou bien courir les risques, encore plus grands s'il existe une infection latente, d'une intervention par voie haute pour extraire un enfant déjà très compromis. Habituellement la première solution est adoptée. La symphysiotomie dans des situations semblables a le plus souvent permis, l'intervention n'étant pas trop tardive, d'obtenir sinon des enfants vivants, en tous les cas de n'exposer la mère qu'à des risques minimes.

C'est dans ces observations que l'on a pu constater après la symphysiotomie une amélioration marquée ou même une suppression complète des signes de souffrance fœtale.

CHAPITRE VII

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Indications et contre-indications

Les indications de la symphysiotomie sont difficiles à poser. Alors qu'il y a une vingtaine d'années elles étaient très étendues, le perfectionnement des procédés par voie haute les a beaucoup limitées et avec raison.

Ce n'est que dans un cadre d'indications bien tranchées et peu nombreuses que cette opération rend de grands services sans danger.

Il ne faut pas dissimuler que l'on doit résoudre un problème délicat d'obstétrique avant de pratiquer une symphysiotomie, l'indication principale se rencontrant dans les bassins rétrécis.

On doit en effet faire un véritable calcul afin de savoir si après la section de la symphyse la disproportion fœtopelvienne sera supprimée et si l'accouchement aura lieu spontanément.

La symphysiotomie apporte la solution thérapeutique à un complexe clinique où interviennent de nombreux facteurs. Parmi les éléments qui entrent en

ligne de compte, on devra considérer : les dimensions du bassin, — l'état de la tête, réductible ou très ossifiée, — l'état du col et des parties molles, — la valeur des contractions utérines, — le mécanisme normal ou non de l'engagement.

Aussi pensons-nous, malgré Zarate, que *cette décision opératoire relève de l'obstétricien averti et dépasse le plus souvent le praticien*. D'autant plus que la technique, quoique simple, est délicate et ne s'improvise pas.

Nous étudierons les indications, les contre-indications absolues et les contre-indications relatives. Parmi les contre-indications relatives, nous envisagerons les conditions qui considérées autrefois comme des contre-indications absolues ne le sont plus dans certaines circonstances. Ceci concerne la primiparité, l'infection du travail, la dilatation incomplète du col.

§ 1. Indications

Les indications, très limitées et très précises, de la symphysiotomie sous-cutanée peuvent être artificiellement classées en quatre groupes.

1. Viciation pelvienne par dystocie osseuse légère.

La forme et le degré du rétrécissement sont à envisager.

— L'indication se rencontre dans les bassins rachitiques plats, généralement rétrécis, rétrécis et aplatis. Plus particulièrement quand le rétrécissement est transversal ou qu'il atteint le détroit inférieur comme dans les

bassins cyphotiques. L'agrandissement des diamètres transversaux est en effet directement proportionnel à l'écart pubien.

— La symphysiotomie ne peut être pratiquée que pour des bassins peu touchés.

Relèvent donc de cette intervention les bassins plats et généralement rétrécis annelés dont le diamètre promonto-rétropubien est supérieur ou égal à 8 cm. 5 et au plus bas à 8 cm.

Dans les bassins généralement rétrécis canaliculés, la prudence commande de ne pas intervenir au-dessous de 9 cm. de promonto-rétropubien et à la condition expresse que le sacrum ait conservé une concavité suffisante pour permettre le mécanisme de la descente de la tête.

Les rétrécissements du détroit inférieur quand le diamètre bi-ischiatique est égal ou supérieur à 8 cm. seront très améliorés par la symphysiotomie.

Convient-il de faire systématiquement une symphysiotomie dans tous ces cas de bassin limite ? Nous ne le croyons pas.

— Dans les cas purs, l'épreuve du travail n'étant pas couronnée de succès, césarienne ou symphysiotomie peuvent être pratiquées avec les mêmes bons résultats, particulièrement chez les multipares. Chez la primipare, on devra préférer la césarienne, en effet on n'est pas à l'abri d'une erreur d'appréciation du degré de disproportion entre le bassin et la présentation.

— Aussitôt que la notion d'infection intervient, le pronostic de l'intervention conservatrice par voie haute devient très grave. On est réduit à employer des

procédés d'exception : opération de Portes ou hystérectomie. C'est ici que la symphysiotomie, opération plus bénigne pour la mère et ne lésant pas l'utérus, rendra de grands services.

Il est encore des circonstances où l'on doit envisager une infection amniotique latente. On sait maintenant que l'infection est à craindre lorsque la poche des eaux est rompue depuis plus de 10 heures (Risacher). Dans les cas de rupture prématurée des membranes, la symphysiotomie permet de continuer l'épreuve du travail sans danger alors que l'heure de la césarienne conservatrice est passée. Si cette épreuve n'est pas couronnée de succès, c'est-à-dire si deux heures après la dilatation complète, les contractions étant efficaces, la tête ne s'engage pas, on pratiquera la section de la symphyse (Le Lorier, 59). Parfois, l'intervention sera faite à dilatation incomplète, soit parce que celle-ci reste stationnaire depuis longtemps, soit que la décision se précipite, le fœtus présentant des signes de souffrance. Mais nous étudierons plus loin l'importance de l'état de la dilatation du col.

En résumé, dans ces cas douteux ou impurs, la symphysiotomie permet d'obtenir un enfant vivant, la mère court peu de risques et conserve la possibilité de nouvelles gestations.

2. Disproportion fœto-pelvienne le bassin pouvant être normal.

— Cette indication se rencontre surtout chez les mul-

tipares sous la forme de la *dystocie progressive par fœtus de plus en plus gros*.

Cette disproportion est appréciée par le palper mensurateur de Pinard, manœuvre qui doit du reste être employée dans tous les cas de dystocie osseuse relative du pelvis. Bien que ne renseignant pas sur le degré d'ossification de la tête, elle donnera de précieux renseignements quand on la recherche pendant le travail, les membranes étant rompues.

La symphysiotomie sera pratiquée quand la tête déborde peu le plan pubien ou quand elle lui est seulement tangente, la dilatation étant complète depuis deux heures et s'il y a des craintes d'infection ovulaire.

— *Tête dernière retenue au détroit supérieur* (Brindeau). Le procédé de Zarate est le seul procédé assez rapide pour supprimer cette dystocie habituellement fatale au fœtus, quand elle est inattendue. Aussi ne perdra-t-on pas de temps, à une manœuvre de Champetier impraticable, si on veut avoir un enfant vivant. Que le bassin soit légèrement rétréci, ou que la tête soit grosse et très ossifiée, on fera sur place [avec un simple bistouri la section de la symphyse.

— *Dystocie irréductible des épaules au détroit supérieur* (Le Lorier).

Dans de rares circonstances, où l'abaissement des bras ne sera pas possible, seule la technique de Zarate permet, par sa brièveté des préparatifs et sa rapidité d'exécution d'obtenir un enfant vivant.

3. Présentations défectueuses persistantes et présentations enclavées

— *Les présentations de la face en mento-postérieure et les fronts persistants ou enclavés* sont une indication à la symphysiotomie. Les applications de forceps sont pénibles ou dangereuses dans les cas où la déflexion de la tête détermine dans un bassin normal une disproportion fœto-pelvienne accidentelle.

— Les têtes enclavées dans l'excavation, que la présentation soit défectueuse ou qu'il existe un rétrécissement du détroit inférieur.

« La symphysiotomie est une opération bénigne qui devrait définitivement remplacer l'application de forceps sur la tête enclavée dans la partie haute du bassin généralement rétréci. » (Couvelaire, 19).

§ 4. Indications particulières d'urgence

Une multiplicité de facteurs peuvent intervenir pour créer l'indication opératoire et justifier la symphysiotomie dans des cas très particuliers.

— *Extrême urgence au cours d'une épreuve du travail, le fœtus manifestant des signes intenses de souffrance.* C'est le cas de l'observation 17. La femme est en milieu chirurgical, le temps de la mener à la salle d'opération et les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. La césarienne demandera trop de temps. La symphysiotomie immédiate, après rapide anesthésie au chlorure d'éthyle détermine, comme on l'a souvent constaté, une modifica-

tion favorable et instantanée des bruits du cœur qui deviennent normaux. La femme expulse spontanément un enfant vivant.

— *Nécessité d'intervention rapide sur un bassin limite et dans un milieu non chirurgical.* Telle est la situation dans l'observation 24. La femme, multipare, a un bassin annelé et présente à dilatation complète un volumineux procubitus du cordon. Rompre la poche des eaux et faire une version par manœuvres internes ? on risque une dystocie de la tête dernière, manœuvre ayant déjà causé la mort d'un précédent enfant.

Pratiquer une césarienne ? on s'expose pendant [le transport, la dilatation étant complète, à la rupture des membranes et à une procidence du cordon fatale au fœtus.

Reste la symphysiotomie selon Zarate, laquelle pratiquée sur le lit même de la parturiente avec un bistouri ordinaire a donné de bons résultats.

§ 2. Contre-indications relatives

Nous comptons envisager ici les questions de primiparité, de dilatation incomplète et d'infection ovulaire qui étaient autrefois des contre-indications absolues. Actuellement, et dans une certaine mesure, les indications de la symphysiotomie ont pu être élargies tout en donnant satisfaction.

La souffrance fœtale au cours d'une épreuve du travail n'est pas toujours, comme nous le verrons, une raison pour abandonner une thérapeutique obstétricale active.

1. Primiparité.

Elle n'est plus une contre-indication (25 primipares pour 20 multipares dans nos observations) mais à la condition que les parties molles soient souples et extensibles. Cependant, on devra toujours, chez les primipares, faire une large épisiotomie souvent bilatérale afin de soulager la paroi antérieure du vagin qui est particulièrement menacée.

C'est surtout la difficulté de poser l'indication qui fait craindre la symphysiotomie chez la primipare. Il est plus délicat d'apprécier le degré de l'angustie pelvienne, car on ne possède pas les renseignements que donne la multiparité : marche des accouchements antérieurs, poids des premiers enfants.

Le moindre manque d'étoffe du périnée fera donc plus facilement que chez la multipare abandonner l'idée de symphysiotomie.

2. Dilatation incomplète.

La dilatation complète n'est pas indispensable pour la bonne réussite d'une symphysiotomie, il y a cependant intérêt à intervenir à une dilatation le plus avancée possible.

On pourrait opérer sans se soucier du degré de la dilatation quand son arrêt a pour cause unique la rupture prématurée de la poche des eaux et que le col est souple, l'action dilatatrice n'étant pas suppléée par la présentation maintenue haute au détroit supérieur.

Zweifel, dès 1893, faisait même de la dilatation incomplète une indication à la symphysiotomie.

Pour Le Lorier (59) : « lorsque chez une femme en travail ayant un détroit supérieur rétréci la poche des eaux se rompt il faut faire une pelvitomie si deux heures après la rupture des membranes la présentation ne vient pas s'appuyer sur l'orifice utérin et le dilater malgré de bonnes contractions utérines. Il reste sous-entendu qu'il n'y a qu'une faible disproportion entre la tête et le bassin ».

A la Maternité on s'est toujours efforcé d'intervenir au voisinage de la dilatation complète.

— *La rigidité œdémateuse ou cicatricielle du col est une contre-indication absolue.* L'accouchement ne pourrait se faire spontanément après la symphysiotomie si le col a perdu sa souplesse. L'œdème mou qui accompagne une dilatation longtemps stationnaire n'empêche pas l'intervention.

— *Toute manœuvre sur le col utérin dans le but de parfaire la dilation est à rejeter.* Nous voulons parler des méthodes de dilatation manuelles ou instrumentales que certains auteurs ont préconisées avant ou après la symphysiotomie. Les incisions du col qui ont été pratiquées dans le même but, quoique faites suivant les diamètres obliques, sont éminemment dangereuses et à proscrire.

3. L'infection.

Longtemps contre-indication, elle permet dans les procédés sous-cutanés de faire encore la symphysioto-

mie mais les résultats varient avec ses degrés de virulence.

Quand il existe des signes d'infection grave, irrégularité du pouls, grosse hyperthermie, le pronostic de la symphysiotomie est sûrement aggravé mais ne se compare pas avec celui d'une intervention par voie haute. Cependant ici le cas n'est plus du ressort de cette intervention et la seule opération conservatrice encore possible est la césarienne Portes.

Quand l'infection est minime ou latente le pronostic de la symphysiotomie à la Zarate est superposable à celui des cas purs. Dans les mêmes circonstances, l'opération abdominale connaît des risques et il est prudent de ne pas se contenter d'une césarienne basse.

L'infection n'est donc une contre-indication que lorsqu'elle paraît sévère.

4. Souffrance fœtale au cours d'une épreuve du travail.

Les signes de souffrance fœtale survenant au cours d'une épreuve du travail font renoncer à la césarienne s'ils sont accentués. On ne veut pas courir les risques d'une intervention par voie haute qui arrivant trop tard ne permettrait d'obtenir qu'un enfant mort.

La symphysiotomie peut encore être tentée, d'autant plus, que l'élargissement du bassin améliore le plus souvent l'état de souffrance du fœtus, parfois même dans des cas accentués. Quand M. Desnoyers (24) a attiré l'attention sur ce point en communiquant des

observations que nous rapportons, plusieurs accoucheurs signalèrent des faits semblables.

§ 3. Contre-indications absolues.

1. La mort du fœtus.

2. La disproportion fœtopelvienne importante.

En ce qui concerne les bassins rétrécis, on peut dire que pratiquement la symphysiotomie est contre-indiquée quand le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 10 cm. Ne relèvent pas, non plus, de cette intervention les bassins canaliculés dont le sacrum aplati ou même convexe ne laisse pas une excavation suffisante pour la descente et la rotation de la tête fœtale.

3. L'atrésie vaginale.

Quand elle est accentuée et ne peut être améliorée par l'épisiotomie.

L'atrésie vaginale accompagne malheureusement souvent les bassins rétrécis, particulièrement les bassins cyphotiques qui sont parmi les meilleures indications de la symphysiotomie.

4. Les affections d'ordre mécanique ou infectieux des articulations sacro-iliaques.

L'intégrité des articulations sacro-iliaques est indispensable quand on recherche un élargissement du bassin.

Toutes les arthrites, la sacrocoxalgie.

Toute ankylose ou malformation de la sacro-iliaque

que l'on rencontre dans le bassin de Nægelé, dans certaines grosses scolioses, sont des contre-indications.

5. Les vices de la contractilité utérine.

Que se soit de l'inertie ou de la contracture les vices de la contractilité de l'utérus sont des contre-indications.

La symphysiotomie sous-cutanée ne sera envisagée que lorsqu'on escompte à sa suite un accouchement spontané.

*
* *

En résumé : « La symphysiotomie réclame donc un ensemble clinique déterminé, mais complexe qui en restreint assez considérablement les indications, et qui exige de la part de l'accoucheur un sens clinique obstétrical et une expérience des dystocies assez difficile à acquérir en dehors de la spécialisation » (Desnoyers, 25).

CHAPITRE VIII

ÉTUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Nous rapportons 45 observations de symphysiotomies sous-cutanées.

Le plus grand nombre de ces symphysiotomies (38) appartient à M. Desnoyers : la plupart faites à la Maternité, le surplus, soit dans les services où il fut appelé comme accoucheur de garde, soit en ville.

Il est intéressant d'étudier les résultats d'une intervention pratiquée en série continue de 1926 à 1931 par un même opérateur et avec la même technique, celle de Zarate (mais avec abandon de l'abduction forcée des cuisses).

On considérera aussi avec intérêt la statistique du service de M. Rudaux à la Maternité. Sur environ 31.365¹ accouchements, on a pratiqué 31 symphysiotomies (l'obs. 44 n'est pas comptée étant de janvier 1931) pour 223 césariennes hautes ou basses, 2 césariennes vaginales, 27 césariennes suivies d'hystérectomie et

1. Il y a eu à la Maternité de 1926 à 1931 : 22.347 accouchements dans le service et environ 9.018 accouchements chez les sages-femmes agréées du service.

3 opérations de Portes. On voit que les indications ont été particulièrement limitées.

Nous nous sommes efforcé dans les limites de notre documentation de rapporter les observations sous une forme résumée et suivant un schéma commun. Dans chaque cas nous avons successivement indiqué : la parité, les antécédents obstétricaux, les conditions dans lesquelles on est intervenu, l'indication maternelle et fœtale, l'état de la dilatation, la durée du travail, la modalité de l'accouchement, les suites opératoires et tardives.

Reprenant la classification que M. Desnoyers avait employée dans une publication antérieure, nous avons réparti les observations en trois groupes. Le premier groupe de 13 observations est composé de cas purs où l'indication de symphysiotomie est relative. Dans un deuxième groupe de 29 observations, l'indication est absolue. Ont été groupées en troisième lieu 3 observations à indications très particulières.

Premier groupe

Indication relative, cas purs où la césarienne aurait donné d'aussi bons résultats. C'est-à-dire qu'il s'agissait de cas apyrétiques, à membranes rompues depuis moins de 10 heures et soumis en milieu chirurgical à une surveillance attentive. Ce sont les signes de souffrance fœtale qui ont parfois fait préférer la symphysiotomie à la césarienne

Treize observations : n° 2, 4, 6, 8, 18, 19, 31, 32, 33, 40, 41, 43, 45.

Suites de couches :

apyrétiques : n° 2, 4, 6, 8, 18, 19, 32, 33, 43, 45.

prolongées par hydarthrose du genou : n° 31;

subfébriles : n° 40, 43 (petit abcès présymphysaire).

Les enfants et les mères ont quitté le service en bon état.

Deuxième groupe

Indication absolue, opération de nécessité, cas douloureux ou impurs. L'heure de la césarienne conservatrice était passée. Aucune intervention autre que la pelvitomie ne pouvait entraîner moins de risques, ni avoir de résultats plus satisfaisants.

Infection amniotique apparente ou latente — travail prolongé — membranes rompues depuis plus de 10 heures — touchers suspects ou répétés — tentatives d'extraction fœtale manuelle ou instrumentale, — Bassins négligés (Brindeau).

Vingt-neuf observations : n° 1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 44.

A noter parmi les indications :

— *Rupture de la poche des eaux, depuis plus de douze heures :* obs. 1, 13, 22, 23, 34, 37, 39, 44; depuis plus de vingt heures obs. 25, 36; depuis trente heures obs. 9; depuis quarante-deux heures, obs. 42; depuis trois jours obs. 21; depuis huit jours, obs. 26.

Fièvre :

de 37°8 à 38°, obs. 1, 10, 28, 30, 35;

de 38° à 38° 5, obs. 3, 9, 11, 26, 29, 33, 34;

38°7 le n° 5, 39°3 le n° 27, physiométrie le n° 21.

— *Infection latente après intervention intra-utérine préalable* : Tentatives de forceps obs. 10, 12, 14, 21 ; dans une gémellaire (obs. 28), abaissement du pied du premier fœtus.

— A ces indications fréquemment associées s'ajoutent assez souvent des signes de souffrance fœtale.

Les suites de couches ont été assez souvent fébriles, la symphysiotomie ne saurait en être rendue responsable puisque dans ces cas, au moment de l'intervention, l'état d'infection était le plus souvent apparent.

Suites apyrétiques : Obs. : 3, 5, 9, 11, 14, 15, 22, 23, 25, 35, 37, 38, 39, 44;

Suites subfébriles : Obs. 7, 10, 13, 21, 26, 30, 34;

Suites fébriles : Obs. 1, 20, 27, 28, 36, 42;

Sortie retardée par : Phlébite : Obs. 1, 20, 42, — abcès du sein n° 12, 29, — congestion pulmonaire n° 28.

Dans un paragraphe commun aux trois groupes d'observations nous reviendrons sur le détail de la morbidité.

— *Mort* d'une femme par embolie inattendue au onzième jour, obs. 34.

Tous les enfants sont nés vivants et sortis en bon état à l'exception d'un seul (obs. 15), hérédosyphilitique probable qui succomba le 17^e jour.

Troisième groupe

Leur indication très particulière nous ont fait réunir dans ce groupe trois observations. La symphysiotomie

était ici par sa rapidité de préparation et d'exécution la seule intervention permettant d'obtenir un enfant vivant.

— L'observation 16 concerne une extraction de siège compliquée d'une procidence du cordon. La tête reste élevée et ne peut être engagée dans le bassin qui est rétréci. En toute hâte une symphysiotomie permet de remédier à l'échec de la manœuvre de Champetier. Cet enfant qui était un prématuré succombe peu après vraisemblablement à la suite du traumatisme cranien provoqué par la tentative d'extraction de la tête avant la symphysiotomie. Suites de couches apyrétiques.

— Dans l'observation 17, les signes de souffrance fœtale étaient intenses au cours d'une épreuve du travail. Dans les quelques minutes nécessaires pour transporter la femme à la salle d'opération, les bruits du cœur fœtal avaient disparu. Il est probable que la césarienne n'aurait pas permis d'extraire un enfant vivant. La rapidité de l'anesthésie (chlorure d'éthyle) et de la symphysiotomie a seule autorisé cet heureux résultat. Suites de couches apyrétiques.

— L'observation 24 rappelle l'histoire d'une multipare présentant un volumineux procubitus du cordon. La dystocie pelvienne qui avait entraîné la mort du fœtus dans le précédent accouchement interdisait de risquer une dystocie de la tête dernière après la version. Le transport de la parturiente dans une maison de santé, afin de pratiquer une césarienne exposait à une rupture de la poche des eaux suivie de procidence mortelle pour l'enfant. La symphysiotomie pratiquée sur place dans la

chambre de la femme a donné de bons résultats. Suites de couches apyrétiques.

Ces derniers faits montrent les ressources qu'assure la symphysiotomie sous-cutanée dans des cas d'extrême urgence et dans un milieu non chirurgical.

Critique générale

Nous allons justifier ici les indications de l'intervention et exposer certaines remarques que nous suggèrent les 45 observations que nous rapportons.

1. Viciation pelvienne.

— *Elle fut l'indication principale.*

Bassins plats ou généralement rétrécis.

Rétrécissement annelé : obs. 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43.

Avec sacrum plat : obs. 4, 8, 28.

Rétrécissement canaliculé peu accentué : obs. 6, 18, 31.

Rétrécissement transversal de l'excavation : obs. 14.

Bassin cyphotique avec bi-ischiatique de 7 cm. : obs. 12.

— *Elle fut toujours peu accentuée.*

Les diamètres promonto-sous-pubiens mesuraient plus de 10 cm. Les plus petits diamètres mesuraient : 9 cm. 7 dans l'obs. 6 et 10 cm. dans les obs. 8, 20 et 45.

2. Disproportion fœtopelvienne.

Nous avons indiqué l'importance du palper mensura-

teur de Pinard pratiqué membranes rompues. Dans tous les cas la tête ne débordait que peu le plan pelvien ou lui était tangente. L'appréciation de cette disproportion peut être erronée et amener des ennuis comme dans l'observation 7.

— Signalons une dystocie par *disproportion de la tête dernière* avec le bassin : obs. 16.

— *Des gros enfants* :

3.650 grs. : obs. 19;

de 3.750 à 4.000 grs. : obs. 15, 21, 22, 26, 37, 41, 42;

plus de 4.000 grs. : obs. 10, 28, 39, 40;

et en particulier : 4.500 grs. obs. 7 et 4.950 grs. obs. 34.

— *Des diamètres bipariétaux importants* :

9 cm. 6 : obs. 17, 27, 30; 9 cm. 7 : obs. 6;

10 cm. 3 : obs. 14, 39; 10 cm. 5 : obs. 41.

3. Présentations distociques. — Têtes enclavées. —

Souffrance fœtale. — Manœuvres intra-utérines préalables.

Les présentations ont été presque toujours des sommets; deux fois le siège : obs. 8 et 16; deux fois présentation persistante du front au D. S. : obs. 42 et 44.

Quatre fois la symphysiotomie a été précédée de tentatives de forceps : forceps au D. S. en ville : obs. 10, forceps sur tête enclavée dans l'excavation : obs. 12, 14, 21.

La souffrance fœtale a été souvent rencontrée au cours de ces épreuves du travail parfois prolongées, elle a souvent fait avancer l'heure de l'intervention. Dans

plusieurs observations on a noté l'amélioration des signes de souffrance fœtale dès l'écartement des pubis et l'engagement de la tête. Après une communication de M. Desnoyers (89) plusieurs auteurs ont dit avoir fait les mêmes constatations. Nos observations 17, 28, 29 sont à cet égard très démonstratives.

4. Dilatation.

— *Degré de la dilatation au moment de l'intervention.*
On est intervenu en général au voisinage de la dilatation complète. D'une façon constante celle-ci s'est complétée rapidement après l'écartement des pubis avec la descente de la tête, et cela, même dans un cas où il existait un œdème dur et annulaire du col utérin (obs. 9).

— La dilatation était 9 fois comme une grande paume de main : obs. 4, 15, 17, 19, 23, 27, 33, 42, 44.

— Petite paume dans 10 cas : obs. 6, 9, 11, 13, 18, 23, 30, 31, 37, 43. Il existait en outre un œdème mou du col dans les obs. 18, 30, 31 et un œdème dur déjà signalé dans l'obs. 9.

— Cinq francs : obs 36 (avec œdème mou du col) et 45.

— Cinquante centimes chez une femme en travail depuis deux jours et demi (obs. 32).

— *Influence de l'intervention à dilatation incomplète sur la durée de l'accouchement.*

Elle est assez difficile à préciser, d'autres éléments entrant en jeu : rapidité de descente de la tête, état des parties molles, parité, et surtout valeur de la contraction utérine.

Nous avons cependant noté que dans l'ensemble l'état de la dilatation avait une certaine influence sur la durée du temps qui s'écoule de la symphysiotomie à l'expulsion.

— Intervention à dilatation complète : l'expulsion s'est faite en quelques minutes (obs. 14, 38, 40) et au plus en 45 minutes (obs. 34) et 50 minutes (obs. 29). Le plus souvent, en moyenne, 20 minutes après la symphysiotomie.

— A grande paume : l'accouchement s'est terminé en moyenne 45 minutes après l'intervention.

— A petite paume : les temps ont été superposables. Signalons enfin deux cas particuliers où l'enfant est venu au monde : en 3 h. 15 (obs. 22), la dilatation étant de cinquante centimes et s'étant complétée en 3 heures.

— en 10 heures (obs. 36), la dilatation étant de 5 frs. et la tête ne progressant que très lentement.

5. Contraction utérine et mode de terminaison de l'accouchement.

La valeur de la contractilité utérine a commandé le mode de terminaison de l'accouchement. L'énergie et l'ampleur des contractions de l'utérus sont parmi les éléments les plus importants pour la bonne marche d'un accouchement normal. Si cette considération n'entre pas en ligne de compte dans la décision à prendre d'une intervention par voie haute, elle est au contraire capitale pour la symphysiotomie. L'inertie utérine est ici une contre-indication et l'on n'intervient que lors-

qu'on espère un accouchement spontané après l'agrandissement du bassin. Les manœuvres par voie basse après l'opération et particulièrement les forceps étant très dangereux.

Bien qu'en étant jamais intervenu dans les cas d'inertie utérine on a dû parfois prescrire de l'hypophyse ou bien terminer artificiellement l'accouchement par forceps.

— *Accouchement spontané après symphysiotomie.*

L'accouchement a eu lieu spontanément 39 fois sur 45.

25 fois par les forces naturelles;

14 fois après injection d'hypophyse.

— *Forceps après symphysiotomie.*

Il y a eu quatre extractions par forceps (obs. 1, 9, 10, 41) après échec de l'hypophyse dans 3 cas; nous ne savons pas si elle fut employée dans l'obs. 1.

Ces forceps se sont heureusement terminés sans amener de dégâts. Les applications ont été faites sur des têtes engagées et la rotation le plus bas possible. Dans tous ces cas l'épisiotomie large a été un des éléments du succès.

Autres extractions par voie basse, 3 cas.

— Extraction d'un siège incliné (obs. 8);

— Version par manœuvres internes pour procidence du cordon (obs. 24);

— Tête dernière ayant nécessité symphysiotomie d'urgence (obs. 16);

L'hypophyse n'a pas été employée systématiquement comme le font certains accoucheurs étrangers. On n'y a

eu recours que lorsque les contractions étaient suffisantes.

Maniée prudemment et à petites doses, par 1/4 ou 1/3 ampoule (post-hypophyse Choay dosée à 1/4 de lobe), l'hypophyse s'est montrée sans danger; cependant elle a déterminé une fois (obs. 6) de violentes contractions subintrantes et une autre fois de la contraction qu'on a dû combattre par de la morphine.

Mais il ne faut pas trop compter sur l'hypophyse et, dans les cas d'utérus très fatigués, l'action est peu marquée. Nous avons eu trois échecs (obs. 9, 10, 41) qui ont nécessité la terminaison de l'accouchement par forceps.

6. Parité. — Épisiotomie.

— *Vingt multipares* : obs. 4, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 33, 39, 40, 41, 42, 44, 45.

On remarque que les multipares totalisent 28 accouchements antérieurs avec 16 enfants vivants, parce que prématurés ou probablement de petit volume. Les 12 autres enfants avaient succombé du fait de la dystocie au cours du travail ou immédiatement après, la plupart à la suite d'applications de forceps au détroit supérieur.

— *Vingt-cinq primipares* : obs. 1, 2, 3, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 43.

On n'a donc pas attaché d'importance à la parité et les résultats ont été aussi bons dans les deux groupes.

On a seulement retenu comme contre-indication chez la primipare : l'atrésie vaginale.

— *Episiotomie.* — Elle a été employée systématiquement chez la primipare et chaque fois que le besoin s'en est fait sentir chez la multipare. Il y a lieu de regretter que l'épisiotomie n'ait pas été pratiquée dans 2 cas (obs. 26, 27).

7. Technique et anesthésie.

La technique suivie a été celle qu'a indiquée Zarate nous avons déjà signalé chapitre III certains points originaux sur lesquels insiste M. Desnoyers. A titre documentaire, nous signalons les anesthésies employées :

Chloroforme 14 fois;

Schleich 8 fois;

Rachianesthésie 1 fois;

Chlorure d'éthyle 22 fois.

Le chlorure d'éthyle paraît être le meilleur mode d'anesthésie.

8. Suites de couches. — Lever des opérées. — État de la symphyse pubienne.

— *Les suites de couches* ont déjà été étudiées dans chaque groupe. Nous allons donner ici un aperçu général pour les 45 observations.

— Suites apyrétiques, 28 fois : obs. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 41, 44, 45.

— Suites subfébriles, 9 fois : obs. 7, 10, 13, 21, 26, 30, 34, 40, 43.

— Suites fébriles, 6 fois : obs. 1, 20, 27, 28, 36, 42.

— Suites fébriles par infection d'origine extra-génitale, 3 fois : par abcès du sein, obs. 12, 29; par congestion pulmonaire, obs. 28.

Nous ferons remarquer que, sauf deux cas subfébriles du groupe I, tous les autres cas subfébriles ou fébriles appartiennent au groupe II. Il ne faut pas oublier que dans ces derniers on est intervenu chez des femmes dont l'état d'infection, au moment même de l'intervention, était le plus souvent apparent. La symphysiotomie ne saurait donc en être rendue responsable excepté pour quelques observations que nous retrouverons dans le paragraphe suivant.

— *Le lever des opérées* s'est fait le plus souvent du 16^e au 18^e jour (une seule fois le 12^e jour).

— *Etat de la symphyse pubienne.*

1. Au lever des opérées, ou à la date de leur sortie, on constate que les points pré et rétrosymphysaires sont douloureux à la pression. L'écart des pubis est très variable suivant les sujets. Parfois : en avant de la symphyse le diastasis est large comme un travers de pouce, et, en arrière, il n'est que d'un travers de doigt à un demi-travers de doigt. Le piétinement sur place fait percevoir la mobilité des pubis. Dans d'autres cas, on ne sent rien à la manœuvre de Budin et on ne retrouve qu'un écart de un centimètre environ en avant de la symphyse.

2. Un an après l'opération ces signes sont très atténués. On trouve rarement et, seulement présymphysaire, un point douloureux à la pression forte. Le diastasis n'est habituellement plus perceptible par la voie vaginale, quelquefois il est remplacé par un petit ressaut fibreux; en avant de la symphyse, le sillon qui sépare normalement les pubis est plus accentué. Ce n'est qu'en pinçant l'articulation entre le pouce et l'index vaginal qu'on retrouve dans certains cas un chevauchement des pubis. Il est fréquent qu'on ne trouve pas de cicatrice, quand elle existe elle est cachée dans les poils du pénil.

9. Morbidité.

Il n'en est pas question pour les enfants qui ne peuvent être que favorablement influencés par la symphysiotomie comme nous l'avons signalé dans les cas de souffrance fœtale.

Nous voulons signaler ici en les groupant tous les accidents ou complications constatés chez les opérées; ils ont déjà été étudiés chemin faisant dans le chapitre des complications.

Accidents opératoires guéris sans séquelles.

— Urines teintées de sang au cours de la symphysiotomie (obs. 10), sonde à demeure pendant quelques jours. Guérison.

— Petite hémorragie veineuse dans le champ opératoire arrêtée par tamponnement, suivie d'un trombus de la grande lèvre (obs. 26).

— Petite fistule vésico-pariétale (obs. 28) qui persiste

pendant deux mois et demi. Guérison spontanée qui s'est maintenue. La femme est actuellement de nouveau enceinte.

— Déchirure de la paroi antérieure du vagin (obs. 28); réparation immédiate au catgut. — guérison.

Complications transitoires ou de courte durée.

— Incontinence d'urine pendant cinq à six jours (obs. 8, 15). — guérison spontanée.

— Petit abcès présymphysaire après éraillure de l'urèthre par la pointe du bistouri (obs. 40). — sonde à demeure pendant 12 jours. — guérison.

— Abcès présymphysaire par infection d'un hématome (obs. 36). — s'ouvre spontanément. — guérison rapide.

Complications plus importantes nécessitant une intervention curatrice.

— Incontinence d'urine persistante (obs. 26) colpo-périnéorrhaphie antérieure avec plissement sous-urétral; — amélioration des troubles. — femme qui n'a pas été revue.

— Troubles accentués de la marche traités trop hâtivement le 37^e jour par symphysiorrhaphie. — La femme a pu reprendre un travail pénible.

— Cystocèle léger avec douleur et grosse mobilité de la symphyse chez opérée récente (obs. 40). — L'opération réparatrice n'a pas encore été faite.

Phlébites.

Une phlegmatia alba dolens simple (obs. 1).

Deux phlébites doubles (obs. 20 et 42).

10. Mortalité.

— *Pour la mère.* — *Un seul décès (obs. 34) par embolie pulmonaire, qui fut le premier signe d'une infection veineuse latente.*

— *Pour l'enfant.* — *Un décès (obs. 16) non imputable à la symphysiotomie : traumatisme crânien par tentative de manœuvre de Champetier avant l'intervention.*

*
* *

En résumé, la symphysiotomie a donné dans les observations que nous rapportons des résultats très satisfaisants.

Dans les cas où elle était indiquée de façon absolue (groupes II et III) aucune intervention par voie haute ne pouvait entraîner moins de risques, ni avoir de résultats meilleurs.

Dans les cas du groupe I où l'indication était relative, les résultats ont été comparables à ceux de la césarienne. Ainsi à la suite d'une opération moins grave que l'hystérotomie, mères et enfants ont quitté le service en excellent état. Cependant, malgré cette heureuse série, toute à l'honneur de l'habileté de M. Desnoyers, nous pensons que dans les cas purs l'accoucheur sera plus en sécurité en faisant une césarienne. La moindre erreur d'appréciation des indications, qui sont plus difficiles à établir que dans la césarienne, exposant à des complications ennuyeuses et persistantes.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — *Maternité n° 2726 de 1926* (Publiée, 89).

Mme B... Suzanne, primipare de 26 ans.

— Bassin généralement rétréci, promontoire élevé. Tête non engagée bloquée en transverse avec asynclitisme postérieur.

— Membranes rompues. Dilatation complète depuis 5 heures. Etat subfébrile.

— Symphysiotomie sous rachianesthésie (M. Risacher). Extraction par forceps d'un enfant vivant.

— Suites compliquées par une phlegmatia alba dolens. Mère et enfant sortis en bon état.

Obs. 2. — *Maternité n° 1.992 de 1927* (Publiée, 89).

Mme M... Germaine, primipare de 19 ans.

— Bassin généralement rétréci et aplati. Fœtus volumineux. La tête reste élevée sans progression sensible.

— Membranes rompues. Dilatation complète depuis 4 heures.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Risacher). Accouchement spontané d'un enfant vivant avec un bipariétal de 9, 9.

— Suites bonnes, marche normale. Mère et enfant quittent le service le 20^e jour en bon état.

Obs. 3. — *Maternité n° 2.035 de 1927* (Publiée, 89).

Mme S... Julia, primipare de 19 ans.

— Bassin généralement rétréci et aplati, accouchement d'épreuve. Tête non engagée.

— Membranes rompues depuis plusieurs heures. 0 38°2.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Risacher).

— Lever le 12^e jour. Sortie en excellent état avec enfant vivant.

Obs. 4. — *Maternité n° 3.140 de 1927* (Publiée, 89 et 24).

Mme D... Marie, tertipare.

— 1^{er} accouchement : enfant vivant de 2.500; 2^e accouchement : basiotripsie.

— Bassin généralement rétréci et aplati. Tête non engagée tangente au plan pubien, orientée en transverse, mal fléchie.

— Dilatation presque complète et membranes rompues depuis cinq heures.

Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers). Injection d'hypophyse. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

— Suites sans incident

Obs. 5. — *Maternité n° 3.323 de 1927* (Publiée 89 et 24).

Primipare de 23 ans.

— Bassin annelé. Tête fœtale non engagée.

— Depuis deux heures membranes rompues et dilatation complète. Signes d'infection amniotique 0 38°7.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers).

— Hypophyse, accouchement spontané.

— Suites subfébriles. Sortie avec enfant vivant et marchant normalement.

Obs. 6. *Maternité n° 265, 23 janvier 1928* (Inédite).

Mme W..., secondipare de 21 ans.

— Forceps en 1926, enfant de 3000 grs. mort à 1 mois, suites fébriles.

— Bassin généralement rétréci, canaliculé : saillie de S 1 mais assez bonne concavité sous-jacente. P. s. p. élevé = 9, 7. Tête en D. T. mobile, déborde légèrement le plan de la symphyse.

— Dilatation petite paume, bruits du cœur très rapides, liquide amniotique teinté.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— La tête ne s'engage pas de suite, hypophyse qui détermine tempête de contractions, morphine.

— Accouchement spontané 3 h. 45 après l'intervention. Garçon de 3.290 grs. qu'on doit ranimer, bi-pariétal de 9, 7. Délivrance artificielle pour début d'hémorragie.

— Suites de couches apyrétiques. Sortie avec son enfant le 17^e jour. Marche normale.

Obs. 7. — *Maternité n° 297, 26 janvier 1928* (Publiée, 89 et 24).

Mme G..., secondipare de 32 ans.

— Forceps en 1926, enfant mort de 4.500 grs. Suites de couches fébriles : phlébite gauche.

— Bassin annelé généralement rétréci et aplati. Tête élevée tangente au plan de la symphyse.

— Membranes rompues depuis 11 h. 30. Dilatation complète. En travail depuis 20 heures.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers). Ecartement de deux travers de doigt.

— Descente immédiate de la tête. Trente minutes après l'intervention expulsion spontanée d'une fille vivante de 4.500, bipariétal de 9, 4.

— Suites de couches subfébriles.

— Lever le 20^e jour. Ne peut marcher que soutenue par des aides. Jambes écartées, petits craquements dans les articulations du bassin. En quelques jours cette impotence s'amé-

liore et la marche devient possible sans aide mais avec une canne. Peu après sa sortie, la malade va consulter dans un service de chirurgie où l'on pratique le 37^e jour après l'accouchement une *symphysiorraphie*. Considérablement améliorée, elle a pu reprendre une existence normale et exercer sans difficulté son métier pénible de femme de ménage.

Obs. 8. — *Maternité* n° 1.852, 22 juin 1928 (Publiée, 89 et 24).

Mme L... Sarah, tertipare de 28 ans.

— Antérieurement 2 accouchements dystociques avec 2 mort-nés.

— Bassin généralement rétréci et aplati, sacrum plat, P. s. p. 10 cm. Siège incliné puis engagé en S. I. D. A.

— Membranes rompues depuis 9 h., dilatation complète. En travail depuis 12 h. non-progression de la présentation.

— Symphysiotomie prophylactique sous anesthésie au schleich (M. Desnoyers), écartement de 2 à 3 travers de doigt.

— Extraction du siège décomplété mode des fesses. — Enfant vivant de 3.000 grs. Bi-pariétal = 9, 1.

— Suites de couches apyrétiques. Incontinence d'urine passagère, quelques jours. Sortie en bon état ainsi que son enfant.

— Revue 4 mois après, cette femme est en excellent état à tous les points de vue.

Obs. 9. — *Maternité* n° 2 05, 25 juillet 1928 (Publiée, 89 et 24).

Mme B... secondipare de 27 ans.

— En 1922 accouchement spontané enfant vivant, poids inconnu.

— Bassin légèrement et généralement rétréci. Tête élevée, bien fléchie. tangente au plan de la symphyse. Gros chevauement des pariétaux,

— Dilatation petite paume avec œdème dur et annulaire du col. Membranes rompues depuis 30 h. Femme fatiguée, infection amniotique θ 38°2. Souffrance fœtale : liquide teinté, bruits du cœur lents et irréguliers.

— Symphysiotomie, anesthésie au Schleich (M. Desnoyers); écartement de 2 travers de doigt.

— La tête descend à la partie haute de l'excavation. Les bruits cardiaques du fœtus reprennent immédiatement des caractères normaux. Hypophyse à deux reprises est inefficace. Forceps en G. T. partie haute de l'excavation, 30 minutes après la symphysiotomie. Fille vivante de 3.700 grs., bi-pariétal de 9, 4.

— Suites sans incidents. Marche normale à la sortie du service.

Obs. 10. — *Maternité n° 2.547, 28 août 1928 (Publiée, 89).*

Mme P..., tertipare de 31 ans.

— 1921, fille mort-née de 4.000 grs., suites fébriles; 1923, forceps garçon vivant de 4.000.

— Bassin légèrement et généralement rétréci. annelé. Tête fixée mal fléchie en D. T. et tangente au plan de la symphyse.

— Dilatation grande paume. Membranes rompues depuis plusieurs heures. En ville, tentative de forceps sur tête non engagée. θ 38°2. Bruits du cœur fœtal irréguliers.

— Symphysiotomie, anesthésie au Schleich (M. Dignonet).

— La tête s'engage en D. T. Hypophyse sans résultat. Forceps dans l'excavation, dystocie des épaules. Enfant vivant de 4.100.

— La sonde urétrale laisse échapper au cours de l'intervention un peu d'urine teintée de sang; on laisse une sonde à demeure pendant quelques jours. Suites de couches subfébriles. Lever le 26^e jour, sort en bon état ainsi que son enfant,

Revue deux mois après l'accouchement, la marche est parfaite et il n'y a pas de troubles urinaires.

Obs. 11. — *Maternité* n° 2.789, 22 sept. 1928 (Publiée 89 et 24).

Mme L..., primipare de 27 ans.

— Bassin généralement rétréci annelé P. s. p., élevé 10, 5.
Tête non engagée débordant légèrement.

— Dilatation petite paume, membranes rompues depuis plusieurs heures. Infection amniotique θ 38°2.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— Hypophyse. Cinq heures après l'intervention accouchement spontané précédé d'une double épisiotomie. Fille vivante de 3.450.

— Suites de couches apyrétiques, lever le 18^e jour.

— Revue 2 mois après. À boité légèrement pendant plusieurs semaines, mais souffrait de sciatique. Monte et descend facilement ses cinq étages et vaque sans fatigue à ses occupations.

— Revue encore le 2 mai 1931, marche parfaite, aucun phénomène douloureux, l'examen clinique montre peu de chose au niveau de la symphyse.

Obs. 12. — *Maternité* n° 2.905, 3 oct. 1928 (Publiée, 89 et 24).

Mme P..., primipare de 21 ans.

— Cyphose lombaire. Bassin en entonnoir, bi-ischiatique = 7 cm. Non-progression de la tête fixée depuis 3 heures dans l'excavation.

— Dilatation complète depuis 3 heures, poche des eaux rompue artificiellement depuis le même temps. Liquide teinté.

— Application de forceps montre que la tête vient buter sur les épines sciatiques et qu'elle ne pourra être extraite sans traumatisme grave. Le forceps est retiré.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers).

— Double épisiotomie, bien qu'il n'y ait pas d'atrésie vaginale; mais parce que primiparité. Expulsion spontanée, quinze minutes après, d'une fille vivante de 3.165. Bi-pariétal: 9,3.

— Suites fébriles par abcès du sein.

— Lever le 18^e jour. Sortie, marchant normalement, le 21^e jour.

Obs. 13. — *Maternité* n° 3.599, 13 décembre 1928 (Publiée, 89 et 24).

Mme B..., primipare de 21 ans.

— Bassin généralement rétréci promontoire à bout de doigt. Tête non engagée débordant légèrement.

— Dilatation petite paume. Membranes rompues depuis 13 h.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— Accouchement spontané : expulsion 45 minutes après d'un garçon vivant de 3.510, bi-pariétal : 9,5.

— Suites de couches subfébriles. Lever le 18^e jour, sortie en bon état le 21^e jour.

Obs. 14. — *Maternité* n° 3.720, 25 décembre 1928 (Publiée, 89 et 24).

Mme D..., primipare de 26 ans.

— Luxation congénitale bilatérale, pied bot. Bassin transversalement aplati, le maximum du rétrécissement semble siéger au détroit moyen. Tête fixée.

— Dilatation complète, poche des eaux rompues depuis plusieurs heures.

— Application de forceps inefficace 4 heures après la dilatation complète. La tête est amenée jusqu'au détroit moyen et l'on se rend compte que les épines sciatiques forment butoirs.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers).
Ecartement des pubis inférieur à deux travers de doigt.

— Hypophyse, double épisiotomie, expulsion spontanée en 3 contractions d'un garçon vivant de 3.380. Bi-pariétal de 10 cm. 3 malgré chevauchement.

— Suites bonnes. Marche difficile à apprécier du fait de la claudication préexistante, mais l'opérée dit marcher comme auparavant et sans fatigue. Sortie le 20^e jour.

Obs. 15. — *Maternité (Pavillon Chaussier, n° 902, 19 septembre 1928 (Publiée, 89 et 24).*

Mme G... Juliette, primipare de 22 ans.

— Bassin généralement rétréci. Tête bloquée au D. S. depuis plusieurs heures.

— Dilatation grande paume. Membranes rompues depuis 14 heures. Souffrance fœtale.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers).

— Accouchement spontané, 1 h. 10 après, d'un garçon vivant de 3.910 grs.

— Suites apyrétiques. Incontinence d'urine passagère. La malade que M. le Prof. Couvelaire présente à sa leçon le 20^e jour est en bon état à tous points de vue, particulièrement au point de vue fonctionnel.

L'enfant a succombé le 17^e jour à des troubles gastro-intestinaux (hérédo-syphilis probable. Placenta : 950 grs.).

Obs. 16. — *Maternité n° 118, 12 janvier 1929 (Publiée, 89 et 24).*

Mme G..., quartipare de 27 ans.

— 1923 : prématuré de 7 mois 1/2 vivant; 1927 et 1928 : enfants morts au cours du travail.

— Bassin annelé. P. s. p. de 10,2. Accouchement chirurgical décidé pendant la gestation.

Mais le travail se produit à 8 mois. Fœtus paraissant petit en présentation de siège incliné.

— A dilatation complète rupture de la poche des eaux, excès de liquide. Procidence du cordon. Extraction du siège, mais la tête reste élevée et ne peut pas être engagée malgré la manœuvre de Champetier.

— En toute hâte, la femme étant déjà sous anesthésie chloroformique, on pratique la symphysiotomie (M. Desnoyers). Ecartement de 2 travers de doigt environ.

— Enfant de 2.700 grs. Bi-pariétal de 9,5. Ne peut être ranimé malgré la persistance des battements cardiaques pendant 2 heures. On doit incriminer le traumatisme déterminé par la manœuvre de Champetier.

— Suites normales, marche parfaite le 18^e jour.

Obs. 17. — *Maternité n° 239, 23 janvier 1929* (Publiée, 89 et 24).

Mme M..., primipare de 28 ans.

— Bassin aplati. P. s. p. de 10,3. Tête en transverse mal fléchie, débordant le pubis.

— Dilatation grande paume, poche des eaux rompue. Souffrance fœtale intense : bruits du cœur comptés à 70. Dans les quelques minutes nécessaires pour transporter la femme à la salle d'opération les bruits du cœur avaient disparu. Il est probable que la césarienne n'aurait pas permis d'extraire un enfant vivant.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— La tête s'engage immédiatement et s'applique sur le col. Les bruits du cœur reprennent, quelques minutes après l'intervention, leurs caractères normaux.

— Dilatation complète en 50 minutes. Expulsion en 15 minutes d'un enfant vivant de 3.500 grs., bi-pariétal de 9,6.

— Suites satisfaisantes. Sort en bon état ainsi que son enfant le 18^e jour.

Obs. 18. — *Hôpital Boucicaul. Service de M. Le Lorier*
(Publiée 24).

Primipare de 27 ans.

Bassin généralement rétréci. P. s. p. 10 cm. 4. Faux promontoire sacré. Tête haute.

— Travail long. Rupture précoce des membranes. Le col s'œdématisait. Souffrance fœtale. Dilatation petite paume.

— Symphysiotomie, anesthésie au Schleich (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— 3/4 d'heure après, expulsion d'un enfant vivant.

— Suites satisfaisantes. Sortie le 15^e jour en excellent état.

Obs. 19. — *Hôpital Saint-Louis, Service de M. Cathala*
(Publiée, 24).

Secondipare.

— Pas de renseignements sur le 1^{er} accouchement (fille vivante de poids inconnu).

— Bassin annelé aplati. P. s. p. à 10, 3. Tête très élevée.

— Membranes rompues depuis 7 heures, dilatation grande paume.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— Expulsion d'une fille vivante de 3.650 grs. Sortie le 15^e jour, en excellent état.

Obs. 20. — *Hôtel-Dieu, Service de M. Macé* (Publiée, 24).

Tertipare.

— Accouchement antérieur par forceps. Enfants de poids inconnu.

— Bassin avec P. s. p. à 10 cm. Tête non engagée.

— Rupture prématurée des membranes, femme en travail depuis 21 h. et présentant de l'albuminurie. Modification des bruits du cœur fœtal.

— Symphysiotomie (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

- Accouchement spontané d'un enfant vivant de 3.400.
- Suites fébriles. Phlébite bilatérale. Sortie du service en bon état de même que son enfant.

Obs. 21. *Saint-Louis, Service de M. Cathala* (Publiée, 24).

Mme L... Augustine, primipare de 32 ans.

- 1^{re} gestation : avortement thérapeutique (vomissements graves).

— Promontoire accessible au loin, symphyse pubienne de grande hauteur (8 à 9 cm.) et très inclinée en bas et en arrière. Tête élevée, en transverse. Pas de disproportion.

— Membranes rompues depuis 3 jours. Physiométrie. Douleurs peu intenses. Application de forceps sans résultat, la tête paraissant bloquée du fait de la hauteur et de l'inclinaison anormale de la symphyse.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— Hypophyse pour inertie utérine. Expulsion d'un enfant vivant de 3.500 grs.

— Suites subfébriles. Sortie en bon état le 19^e jour.

Obs. 22. — *Charité, Service de M. Levant* (Publiée, 24).

Primipare de 28 ans, infirmière.

— Bassin plat P. s. p. = 10, 4. Tête très élevée, mal fléchie, débordante.

— En travail depuis 50 heures, membranes rompues depuis 19 heures. θ dépasse 38°.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— Accouchement spontané d'un enfant vivant (3.700 grs.).

— Sortie du service en bon état. Revue un mois après. Marche absolument normale.

Obs. 23. — *Clientèle de M. Desnoyers* (Publiée, 24).

Primipare de 27 ans.

— Bassin généralement rétréci. P. S. P. = 10,4. Tête restant élevée et débordant légèrement.

— Dilatation petite paume. Membranes rompues depuis 14 heures.

— Symphysiotomie sous chloroforme.

— Accouchement spontané $3/4$ d'heure après l'intervention d'un enfant vivant de 7 livres.

— Suites sans incidents. Lever au 16^e jour. Marche normale.

Obs. 24. — *Clientèle de M. Desnoyers* (Publiée, 24).

Secondipare.

— 1^{er} accouchement dystocique : enfant mort.

— Rétrécissement limité du bassin type annelé. Tête très élevée débordant légèrement.

— Au moment de l'examen : dilatation complète, poche des eaux intactes avec procubitus du cordon.

— Symphysiotomie sous chloroforme.

— Rupture artificielle des membranes, version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant. Suites sans incidents.

Obs. 25. — *Clientèle de M. Desnoyers* (Publiée, 24).

Secondipare.

— 1^{er} accouchement enfant mort par dystocie (forceps).

— Bassin rachitique annelé. PSP = 10 cm. 3.

— Dilatation complète depuis 4 heures. Membranes rompues depuis 23 heures. θ 38°6.

— Symphysiotomie sous chloroforme.

— Expulsion d'un enfant vivant en quelques minutes.

— Suites sans incidents. Femme revue six semaines après : marche normale.

Obs. 26. — *Maternité n° 496, 17 février 1929* (Inédite).

Mme C... Rose, secondipare de 35 ans.

— 1919 : forceps, enfant de 3.700 grs., mort 1 h. après extraction.

— Bassin peu touché, PSP = 11 cm. Tête tangente.

— Dilatation 5 francs, œdème du col. Membranes rompues depuis 8 jours, liquide fétide. θ 38°. Bruits du cœur fœtal irréguliers et sourds.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Digonnet). Ecartement de 2 travers de doigt. Hémorragie veineuse.

— Descente immédiate de la tête sur le col. Hypophyse. Expulsion, 1 h. 25 après intervention, d'une fille vivante de 3.910 grs. qu'on doit ranimer. Hémostase par compression de l'incision opératoire. Trombus de la grande lèvre droite. Légère urétrorragie pendant l'expulsion.

— Suites opératoires subfébriles. Sonde à demeure. Incontinence d'urine persistante. Au 45^e jour colporrhée antérieure avec plissement sous-urétral, résultat médiocre. Revue avec persistance de l'incontinence d'urine à l'effort et dans la station debout.

Obs. 27. — *Maternité n° 574, 25 février 1929 (Inédite).*

Mme L... Marie, secondipare.

— 1926 : à Saint-Antoine, accouchement prématuré provoqué, gémellaire compliquée d'hydramnios.

— Bassin généralement rétréci, surtout transversalement. Tête appliquée au DS. Peu de disproportion fœto-pelvienne.

— Dilatation stationnaire à grande paume. Membranes rompues depuis plusieurs heures. θ 39° 3. Signes de souffrance fœtale. Femme en travail depuis 22 h.

— Symphysiotomie (M. Digonnet), l'anesthésie est mauvaise, l'agitation intense de l'opérée détermine un gros écartement des pubis.

— Descente de la tête qui 1 h. après se dégage en D. T. Fille vivante de 3.970 grs., tête très ossifiée, bi-pariétal de 9 cm. 6.

Déchirure de la paroi antérieure du vagin mettant à nu les surfaces articulaires de la symphyse. Urèthre refoulé à gauche

et la vessie sont indemnes. Réparation au catgut, sonde à demeure, bandage serré du bassin.

— Suites de couches fébriles pendant 28 jours. Au 40^e jour, vagin d'aspect normal, douloureux à la pression. Sortie retardée au 58^e jour par pyélonéphrite, la marche est normale et il ne persiste rien des lésions opératoires.

Obs. 28. — *Maternité n° 1.391, 22 mai 1929 (Inédite).*

Mme M... Blanche, primipare de 18 ans.

— Bassin généralement rétréci, sacrum presque plat. Tête non engagée, bosse séro-sanguine volumineuse.

— Dilatation complète depuis 2 h. 45. Poche des eaux rompue depuis 7 h. 0 38°. Bruits du cœur irréguliers et ralentis.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— Descente immédiate de la tête et amélioration des bruits du cœur fœtal. Double épisiotomie. Accouchement spontané en 15 minutes d'une fille vivante de 4.020 grs. Bi-pariétal de 9,3 malgré gros chevauchement.

— Suites de couches fébriles. 39°2 le soir de l'accouchement. Au 22^e jour épisode pulmonaire avec poussée fébrile à 40°. Dans les suites de couches apparaît une petite fistule vésico-pariétale, sonde à demeure. Quitte le service le 40^e jour, marche normale, paraissant en bon état.

Revue en mai 1929, nous apprend que sa fistule vésico-pariétale a suinté encore pendant plus de 1 mois puis s'est oblitérée spontanément sans aucune thérapeutique.

Actuellement en état de gestation de 7 mois environ. En excellent état à tous les points de vue, en particulier au point de vue vésical.

Obs. 29. — *Maternité n° 1.436, 26 mai 1929 (Inédite).*

Mme S..., primipare de 22 ans.

— En 1928 avortement de 2 mois 1 /2.

— Bassin légèrement rétréci. PSP à 10,7. Tête reste tangente, puis chevauchement des pariétaux, se fixe partie haute de l'excavation en OI DP.

— Dilatation complète. Poche des eaux rompues depuis 10 h. 0 : 38°2. Souffrance fœtale : bruits du cœur irréguliers, sourds et ralentis.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— Amélioration immédiate des bruits du cœur. Hypophyse sans grande action, rareté des contractions. Double épisiotomie importante, car atrésie vaginale légère. Accouchement spontané après 50 minutes d'un garçon vivant de 3.370. Bi-pariétal de 8,6 avec gros chevauchement.

— Suites de couches apyrétiques, lever le 18^e jour mais sortie retardée au 31^e jour par abcès du sein. Marche normale.

Obs. 30. — *Maternité n° 1.758, 28 juin 1929 (Inédite).*

Mme R., primipare de 23 ans.

— Bassin GR promontoire au-dessus de l'horizontalité à 10,3. Tête mobile tangente et en DT.

— Dilatation petite paume, membranes rompues depuis 6 h. En travail depuis 33 h. T. 38°. Bruits du cœur irréguliers et accélérés, liquide teinté.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers). Bruits du cœur restent rapides mais sont réguliers.

— Hypophyse. Tête à la partie moyenne de l'excavation au bout de 1 h. Cinq heures après l'intervention accouchement spontané d'un garçon vivant de 3.480 ; bi-pariétal de 9,6.

— Suites subfébriles, lever le 16^e jour. Quitte le service le 20^e jour, marche normale.

— Revue le 25 septembre 1929, marche parfaite, n'a jamais présenté la moindre gêne. A l'examen local : persistance d'un écart d'un travers de doigt sur la face exopelvienne de la symphyse, au toucher vaginal, on ne sent aucun sillon au niveau

de l'interligne articulaire. Manœuvre de Budin ne fait pas percevoir de chevauchement des pubis.

Obs. 31. — *Maternité n° 2.023, 23 juillet 1929 (Inédite).*

Mme F..., primipare de 29 ans.

— Bassin GR canaliculé, les 2 premières pièces sacrées sont redressées. PSP à 10,4. Tête non engagée, n'appuyant pas sur le col, tangente au plan de la symphyse, fort chevauchement des pariétaux.

— Dilatation petite paume et œdème mou du col. Membranes rompues depuis 3 h. Liquide teinté, bruits du cœur sourds. Femme en travail depuis 15 h. présentant 2 grs. d'albumine et une tension artérielle de 16 /7.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers); écartement de 2 travers de doigt. Petite hémorragie artérielle superficielle, un catgut.

— Hypophyse, épisiotomies, accouchement spontané au bout de 1 h. : garçon vivant 3.120 grs. bi-pariétal : 9, 1.

— Suites de couches apyrétiques sauf poussée transitoire à 40° par lymphangite du sein. Maintenu couchée jusqu'au 45^e jour à cause de petite hydarthrose genou. Marche normale à cette date.

Obs. 32. — *Hôpital Boucicaut, Service de M. Le Lorier, 19 septembre 1929 (Inédite).*

Mme J..., primipare de 27 ans.

— Bassin GR. Tête non engagée, fixée, ne progressant pas, malgré contractions subintrantes qu'on doit calmer par morphine.

— Dilatation cinquante centimes. Membranes rompues depuis plusieurs heures. En travail depuis 2 jours 1/2. Bruits du cœur ralentis.

— Symphysiotomie sous chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— Dilatation complétée en 3 h. Expulsion spontanée 3 h. 15 après l'opération d'un garçon vivant de 2.760 grs.

— Suites de couches excellentes. Rétention d'urine transitoire. Sort en bon état.

Obs. 33. — *Maternité n° 3.152, 14 novembre 1929 (Inédite).*

Mme B... Thérèse, secondipare de 24 ans.

— 1^{er} accouchement 1926, forceps difficile, enfant mort au 20^e jour.

— Bassin limite PSP à 10,2. Tête élevée qui déborde légèrement la symphyse.

— Dilatation grande paume, membranes rompues depuis 1 h.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle (M. Desnoyers). Écartement de 2 travers de doigt.

— Hypophyse. Au bout de 30 minutes accouchement spontané garçon vivant 3.400 grs., bi-pariétal : 9,4.

— Suites apyrétiques. Lever le 17^e jour. Sortie le 20^e jour en bon état.

Obs. 34. — *Maternité n° 3.354, 7 décembre 1929 (Inédite).*

Mme A... Joaquine, secondipare de 44 ans.

— 1927, après travail de 5 jours, forceps sur enfant de 5.250 grs. qui meurt en 24 h.

— Bassin paraissant suffisant, tête mobile élevée.

— Dilatation complète. Poche des eaux rompue depuis 1 h. Bruits du cœur s'assourdisant. Femme en travail depuis 24 h. T. 38° 3.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— Hypophyse, accouchement spontané en 45 minutes, garçon vivant de 4.950 grs. Bi-pariétal : 9,4. Révision après l'accouchement : écartement de 3 travers de doigt.

— Suites de couches subfébriles. Embolie pulmonaire, au 11^e jour, qui entraîne la mort.

Obs. 35. — *Maternité n° 3.375, 10 décembre 1929 (Inédite).*

Mme B..., Yvonne, primipare de 20 ans.

— Bassin GR annelé. PSP à 10,4. Tête mobile qui déborde légèrement.

— Membranes rompues et dilatation complète depuis 3 h. En travail depuis 17 h. 30. T. 38° 2. Liquide teinté.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers). écartement de 2 doigts, la tête s'engage immédiatement.

— Accouchement spontané 3 h. après, fille vivante de 2.950 grs, bi-pariétal de 8,9.

— Suites de couches apyrétiques, marche le 18^e jour, sortie en bon état.

Obs. 36. — *Maternité n° 3, 469, 18 décembre 1929 (Inédite).*

Mme C... Berthe, primipare de 21 ans.

— Bassin légèrement et GR. Promontoire élevé à bout de doigt. Sacrum entièrement suivi, assez bonne concavité. Tête bien ossifiée, mobile.

— Dilatation 5 francs avec œdème mou du col. Membranes rompues depuis 25 h. Etat stationnaire depuis 12 h. malgré fortes contractions. Pouls à 96, T. 37° 8

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— La tête s'applique immédiatement sur le col, mais ne progresse que lentement. Accouchement spontané seulement au bout de 10 h., garçon vivant de 3.175 grs. Bipariétal 9, 2.

— Suites de couches fébriles qui n'empêchent pas les épisiotomies de reprendre. Le 10^e jour on désunit la cicatrice car œdème de la région présymphysaire et de la partie supérieure des grandes lèvres. Evacuation assez importante de pus chocolat.

Lever le 30^e jour. Avait été, en outre, retardé par une congestion pulmonaire. Sortie le 45^e jour, marche normale.

Obs. 37. — *Malernité n° 3.491, 20 décembre 1929 (Inédite).*

Mme L... Camille, primipare de 25 ans.

— Scoliose cervico-dorsale, déformation des fémurs en crosse antéro-externe, courbure des tibias. Bassin un peu étri-qué, promontoire à bout de doigt. Gros enfant tête tangente au pubis malgré fort chevauchement.

— Membranes rompues depuis 19 h., dilatation petite paume, stationnaire depuis 10 h.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers).

— Descente immédiate de la tête, accouchement spontané, au bout de 1 h. 5, garçon vivant de 3.870 grs., bi-pariétal : 9 cm.

— Suites de couches apyrétiques, lever retardé par poly-sphygmie. Sortie le 25^e jour, marche normale. Revue le 15 novembre 1930, excellent état à tous points de vue. Localement pas de point douloureux écart minime des pubis et seulement sur la face exopelvienne.

Obs. 38. — *Hôpital Boucicaut, Service de M. Le Lorier, n° 221, 1^{er} février 1930 (Inédite).*

Mme L..., primipare de 24 ans.

— Gestation gémellaire, dilatation de 1 franc avec proci-dence du cordon. Abaissement d'un pied. Expulsion du pre-mier jumeau, mort-né, pesant 3.600 grs.

— 5 h. après le premier accouchement : tête haute, modi-fications des bruits du cœur. L'utérus a tendance à prendre la forme d'un sablier : morphine.

— 10 h. après le 1^{er} accouchement tête élevée, col long et œdématié, promontoire atteint à bout de doigt. Il semble qu'un rétrécissement léger du bassin empêche l'engagement. Contractions subintrantes. La manœuvre intra-utérine déjà pratiquée fait préférer la voie basse à la voie haute.

— Symphysiotomie, anesthésie au Schleich (M. Desnoyers, accoucheur de garde), écartement de 2 travers de doigt.

— Accouchement spontané en quelques contractions d'une fille vivante de 3.400 grs.

— Suites de couches apyrétiques. Sort le 23^e jour en bon état.

Obs. 39. — *Maternité n° 393, 6 février 1930 (Inédite).*

Mme C... Renée, secondipare de 33 ans.

— 1927, fille mort-née ?

— Bassin légèrement rétréci transversalement, tête élevée débordant légèrement le plan de la symphyse.

— Dilatation complète depuis 3 h. 30, membranes rompues depuis 14 h. Liquide teinté.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers), écartement obtenu : deux travers de doigt.

— Engagement immédiat, *épisiotomie, car vestibule rétréci par cicatrice*. Accouchement spontané en 10 minutes, garçon vivant de 4.300 grs, bi-pariétal : 10, 3.

— Un examen immédiat la femme étant encore en position obstétricale ne fait plus percevoir qu'un diastasis de 1 /2 cm.

— Suites de couches apyrétiques, marche sans douleur et sans claudication le 20^e jour.

Obs. 40. — *Maternité n° 1.389, 10 mai 1930 (Inédite).*

Mme H... Marie, secondipare de 32 ans.

— 1924 : accouchement fille vivante 3.650 grs.

— Léger rétrécissement transversal du bassin. Tête paraissant volumineuse, mal fléchie en DT non engagée, gros chevauchement des pariétaux.

— Dilatation complète depuis 2 h. 30, liquide légèrement teinté.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Des-

noyers) écartement d'un travers de doigt. Difficulté de la section de l'articulation, car grande hauteur de la symphyse.

— Accouchement spontané en 3 contractions, fille vivante 4.050 grs, bi-pariétal : 9, 5.

— Suites de couches fébriles pendant 6 jours. A noter urines teintées de sang après l'accouchement. Pose d'une sonde à demeure pendant 3 jours. Léger œdème sus-pubien et des grandes lèvres, une goutte de séropus au niveau de la cicatrice opératoire, puis petit pertuis avec léger suintement d'urine. La sonde trop précocement supprimée est remplacée pour 12 jours.

Lever le 31^e jour. Sort le 36^e jour en excellent état, marche normale et intégrité fonctionnelle des voies urinaires.

Obs. 41. — *Hôpital Boucicaut. Service de M. Le Lorier, n° 1.020, 18 mai 1930 (Inédite).*

Mme T... Irène, 30 ans, IV^e gestation.

— 1924 : forceps, fille vivante ranimée.

1926 : prématuré de 8 mois.

1928 : forceps enfant vivant 4.000 grs., mais déchirure périnéale, puis prolapsus.

— Bassin GR. Tête volumineuse mobile.

— Dilatation complète et membranes rompues depuis 1 h. Bruits du cœur fœtal très rapides.

— Symphysiotomie, sous chloroforme (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— Deux injections d'hypophyse sans succès. Forceps élevé, avec épisiotomie qui permet d'extraire sans aucune lésion un garçon vivant de 3.850 grs., bi-pariétal de 10,5.

— Suites de couches parfaites, sort en bon état le 19^e jour.

Obs. 42. — *Maternité n° 2.190, 25 juillet 1930 (Inédite).*

Mme M... Louise-Marie, secondipare de 31 ans.

- 1920. Travail 52 h. Enfant ranimé de 3,450 grs.

--- Bassin GR, PSP : 10, 5. Présentation du front mobile et persistante.

— Dilatation petite paume, poche des eaux rompue depuis 42 h., T. 37° 4, pouls à 108.

— Symphysiotomie, chlorure d'éthyle général (M. Desnoyers). Ecartement de 3 travers de doigt.

Hypophyse, dilatation complète suivie immédiatement de l'expulsion, en 30 minutes et spontanément, d'un garçon vivant de 3.880 grs. bi-pariétal : 9, 3.

— Suites opératoires satisfaisantes, mais pouls rapide puis au 8^e jour petite embolie pulmonaire. Phlébite à bascule : membre inférieur gauche, puis droit. Lever retardé, 75^e jour. Sortie le 78^e jour : pas de point douloureux sur la symphyse, écart exopelvien d'un travers de doigt 1 1/2, écart endopelvien de 1 1/2 cm., signe de Budin peu accentué. Marche indolore.

Mais les 8 jours qui suivent sa sortie sont difficiles : œdème des membres inférieurs, et pendant trois semaines difficulté à monter les escaliers.

Revue le 19 décembre 1930. Cuisse gauche douloureuse. Au niveau de la symphyse : écart antérieur de 1 travers de doigt, par la face vaginale on ne perçoit rien. Léger cystocèle. Se fatigue facilement. Il semble que les séquelles de la double phlébite soient pour une bonne part dans les troubles présentés par cette femme.

Obs. 43. — *Hôpital Boucicaut, Service de M. Le Lurier, n° 1.945, 23 septembre 1930 (Inédite).*

Mme E... Josette, primipare de 35 ans.

— Bassin légèrement aplati, tête non engagée.

— Dilatation petite paume avec œdème de la lèvre antérieure du col. Membranes rompues depuis 2 h. 30. Liquide teinté.

— Symphysiotomie, anesthésie au Schleich (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

--- Hypophyse, deux injections successives, expulsion

spontanée, 1 h. 10 après, d'un garçon vivant de 3.370 grs.

— Suites de couches subfébriles avec sphacèle de la lèvre antérieure du col.

— Sortie en bon état le 31^e jour.

Obs. 44. — *Maternité n° 137, 14 janvier 1931 (Inédite).*

Mme M... Félicie, 34 ans, VI^e gestation.

— Deux accouchements à terme enfants de 3.000 à 3.500. Deux prématurés de 7 mois 1/2, un avortement.

— Boiterie : luxation congénitale hanche droite compliquée de fracture haute du fémur droit à 3 ans. Bassin aplati côté droit, promontoire non atteint, face antérieure du sacrum suivie.

Tête non engagée filant dans la fosse iliaque droite puis s'étant défléchi se présente en front persistant. Enorme bosse sérosanguine. Tête fixée.

— Membranes rompues depuis 12 h. 1/2, dilatation complète depuis 1 h. Contractions répétées mais peu énergiques, femme très fatiguée mais apyrétique.

— Symphysiotomie, chlorure général (M. Desnoyers). Petite difficulté à trouver le plan de l'interligne qui est oblique. Ecartement obtenu : deux travers de doigt.

— Deux injections d'hypophyse. Descente lente puis rotation en naso-pubienne. Accouchement spontané en 1 h. 10 sans épisiotomie et sans déchirure, garçon ranimé de 3.270 grs., bi-pariétal de 9,5.

— Suites excellentes. Lever le 16^e jour, sortie le 18^e jour : marche difficile mais femme lourde, pusillanime avec boiterie antérieure.

N'a pas encore été revue.

Obs. 45 — *Saint-Louis, Service de M. Cathala, n° 1.655, 20 juin 1929 (Inédite).*

Cette observation n'est pas classée dans l'ordre chronologique.

Mme P... Pierrette, III^e gestation, 21 ans.

— 1925 : garçon vivant de 2.250 grs., fausse couche de 4 mois 1/2,

— Promontoire accessible à 10, excavation suffisante. Tête en GT, plongeant, mais non engagée et débordant légèrement.

— Membranes rompues depuis 8 heures, dilatation entre 2 et 5 francs. Le liquide fortement teinté fait abandonner l'idée d'intervenir par voie haute.

— Symphysiotomie sous chloroforme (M. Desnoyers, accoucheur de garde).

— Descente immédiatement et accouchement spontané en 15 minutes d'un enfant étonné de 2.520 grs.

— Sortie le 16^e jour. Mère et enfant en bon état.

CONCLUSIONS

La symphysiotomie quoique d'emploi très limité ne doit pas être abandonnée. Sous une forme nouvelle, elle peut éviter des opérations mutilatrices pour la mère et sauver un certain nombre d'enfants.

Nous concluons après l'étude critique de 45 observations que la symphysiotomie sous-cutanée de Zarate est le meilleur procédé de section de la symphyse pubienne.

Pratiquée correctement, avec les réserves que nous allons rappeler et dans les limites strictes de ses indications, cette technique donne sans risques importants des résultats satisfaisants. Elle met en particulier à l'abri des complications qu'on reproche habituellement aux symphysiotomies : infection du foyer opératoire, troubles de la statique et dislocation de l'architecture du bassin, lésions du diaphragme pelvi-génital et des organes qui le traversent, hémorragies opératoires.

Indications.

1. Ne doit pas être opposée à la césarienne basse; mais :
— Aux forceps au détroit supérieur et aux forceps dangereux.

— A l'opération mutilatrice quand, la notion d'infection ovulaire intervenant, l'heure de la césarienne basse est passée.

2. Elle sera employée dans :

- La dystocie osseuse des bassins limites.
- La disproportion fœto-pelvienne légère.
- Les présentations enclavées.

3. Il est des indications majeures au procédé de Zarate :

- Cas d'extrême urgence parmi lesquels : tête dernière retenue au détroit supérieur, souffrance fœtale au cours d'une épreuve du travail.
- Intervention dans un milieu non chirurgical.

4. Ne sont pas des contre-indications :

- La primiparité s'il n'existe pas d'atrésie vaginale et quand on pratique des épisiotomies systématiques.
- La dilatation incomplète l'intervention sera faite à dilatation la plus avancée possible et quand celle-ci sera facilement complétable.
- L'infection ovulaire latente ou légère.

L'opportunité de la symphysiotomie est encore à discuter quand l'infection est marquée, les interventions abdominales étant alors particulièrement graves.

Conditions nécessaires à l'intervention.

1. Dystocie légère. — L'agrandissement maximum de 10 à 12 mm. du diamètre promonto-rétropubien doit permettre un accouchement spontané.

2. Parties molles favorables. — L'atrésie du périnée et du vagin est une contre-indication.

3. Bon état dynamique de l'utérus afin d'éviter version et forceps qui sont dangereux.

4. C'est donc une opération exclusivement de la période du travail.

Technique.

— Rapide : préparatifs insignifiants, acte opératoire durant quelques instants.

— Simple : un bistouri ordinaire — en cas d'urgence dans milieu non chirurgical l'intervention peut être pratiquée sur le lit même de la parturiente.

— Satisfaisante : elle permet d'obtenir le diastasis cherché et de le limiter grâce à la création d'un frein supérieur de l'articulation (symphysiotomie partielle).

— Délicate : nécessite un opérateur exercé.

— Nous insisterons enfin sur la supériorité de l'anesthésie au chlorure d'éthyle et à l'avantage de ne pas utiliser l'abduction forcée des cuisses (Desnoyers).

Opérateur.

Ce n'est pas une intervention banale à la portée du médecin praticien. Dangereuse dans des mains inexpérimentées, elle reste du ressort de l'obstétricien.

Elle demande pour être appliquée sans déboires :

— Une main exercée;

— Des connaissances et une expérience obstétricales permettant de poser l'indication.

Ces conditions relèvent de la spécialisation.

La symphysiotomie partielle sous-cutanée de Zarate est à choisir, *ces conditions étant remplies*, pour toutes les interventions de nécessité au cours du travail. On la préférera aux applications de forceps au détroit supérieur et à la césarienne basse s'il y a des craintes d'infection ovulaire.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Abelly.** — Histoire de la symphysiotomie. (*Thèse Paris*, 1899).
2. **Aburel.** — La pelvitomie chez la primipare. (*Gynéc. et obst.*, mai 1930, n° 21, p. 430.)
3. **Boero.** — Nouvelle opération d'élargissement du pelvis : arthrodiastasis pubien (*Semana Méd.*, Buenos-Ayres, mai 1930).
4. **Bovis** (de). — La symphysiotomie sous-cutanée (*La Semaine Médicale*, août 1913).
5. **Bouffe de Saint-Blaise.** — Indications des pelvitomies (*Bull. de la S. d'obst. et de gyn.*, 1924, n° 7).
6. **Bauch.** — Symphyseotomy in treatment of straight engaging of fetal head (*J. Amer. Med. Assoc.*, juin 1925, n° 84, p. 1791).
7. **Brindeau.** — Faut-il abandonner actuellement la pubiotomie (*Soc. Belge d'obst. et de gyn.*, juin 1914).
8. — IV^e Congrès des gyn. et obst. de langue française. Paris 1925. Discussion du rapport de Le Lorier et Rossier.
9. — Deux cas de symphysiotomie à la Zarate pour dystocie de la tête venant dernière (*Soc. d'obst. et de gyn.*, 19 avril 1926).
10. **Brindeau et Lantuéjoul.** Traité de Bar, Brindeau et Chambrellent, 1926, tome IV, p. 239.

11. **Benzel.** — Symphysiotomie (*München med. Wchnschr.*, sept. 1925, n° 72, p. 1651).
12. **Cathala.** — A propos des pelvitomies, le passage préventif du fil-scie de Gigli avant l'extraction de la tête dernière dans les rétrécissements modérés du bassin (*Bull. de la S. d'obst. et de gyn.*, 1924, p. 779).
13. — Discussion de la lecture d'Ortis Pérez sur la symphysiotomie (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 623).
14. — Discussion du rapport de Rossier et Le Lorier au IV^e Congrès de gyn. et d'obst., Paris 1925.
15. — Les différents procédés d'agrandissement du bassin; leur valeur (in *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier* en 1926, p. 111).
16. **Chisholm.** — Symphysiotomie, craniotomie et césarienne (*Lancet*, août 1923, p. 276).
17. **Correa** (Clovis). — A propos de l'opération de Zarate (*Revista de gyn. et obst.*, année XXII, oct. 1928, n° 10, p. 477).
18. **Couvelaire** (A.). — Indications des pelvitomies (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 1924, n° 7).
19. — Discussion du rapport de Rossier et Le Lorier, IV^e Congrès de gyn. et d'obst., Paris 1925.
20. **Couvelaire** (A.) et **Portes** (L.). — A propos de la césarienne transpéritonéale basse (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1925, p. 647).
21. — Article : Césariennes (*Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, 3^e édition 1931).
22. **Cotte et Belloir.** — Disjonction de la symphyse pubienne avec déchirure de la vessie au cours d'une application de forceps (*Bull. soc. obst. et gyn.*, 1924).
23. **Desnoyers.** — Pelvitomies (*Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, 3^e éd. 1931, tome VI, p. 694).
24. — Vingt observations de symphysiotomie (*R. Franç. gyn. et d'obst.*, oct. 1929, p. 622).

25. — A propos de la symphysiotomie (*La Médecine*, avril 1931).
26. **Dexeus Font.** — Résultats de la technique de Zarate dans 10 cas (*Rev. de méd. Rosario*, déc. 1929, n° 4, p. 335).
27. **Dircen de Andrade.** — Symphysiotomie partielle de Zarate (*Revista de gyn. e d'obst.*, t. XXIII, n° 3, mars 1929, p. 119).
28. **Engelman.** — Symphyséotomie et Césarienne (*Zentralb. f. gynak*, mai 1921).
19. **Esquivel Domingo.** — A symphysiotomia de Zarate (*Rev. de gyn. et d'obst.*, Rio-de-Janeiro, août 1928).
30. **Esquivel.** — Symphysiotomie sous-cutanée de Zarate. Etude clinique et expérience personnelle (*Semana Med.*, sept. 1928, n° 2, p. 617).
31. — Symphysiotomie (technique de Zarate) dans la dystocie du détroit inférieur (*Semana Med.*, août 1930, n° 2, p. 392).
32. **Eymer et Lang.** — Etude anatomique de la symphyse pubienne de la femme en ce qui intéresse l'accouchement (*Arch. f. Gynak*, 1929, n° 137, p. 866).
33. **Falsia.** — La sinfisiotomia, operacion de Zarate, tecnica subcutanea partialis (*Thèse Buenos-Ayres*, 1928).
34. — Symphyseotomia operacao de Zarate (*R. de g. et obs.* Rio-de-Janeiro, août 1928).
35. — Symphysiotomie de Zarate (*Semana Med.*, 1928, n° 2, p. 457).
36. **Farabeuf.** — Précis de médecine opératoire, 4^e éd., p. 1018.
37. — Dystocie du détroit supérieur, mécanisme et traitement, symphysiotomie (*Gaz. Heb. de méd. et chir.*, 1894).
38. — Vaisseaux sanguins des organes génitaux urinares.

39. **Frank.** — Demonstration von ..fullen supra symphy-sairen kaiserschnittes (*Zentralb. f. gyn.*, 1911, n° 6).
40. **Fieux.** — Indications de symphysiotomie antepartum (*Annales de gynéco.*, juin 1917).
41. **Frank.** — De la symphysiotomie sous-cutanée (*Monat. f. geburst. u. gynak.*, 1919, p. 332).
42. — Uber den subkutanen symphysen schmitt und die supra symphysaire Endbindung (*Monatsch. fur gebt und gyn.*, Bd, 32, n° 6).
43. **Guchtemère.** — A propos de deux cas de symphysiotomie par le procédé de Zarate (*Soc. belge de gyn. et obst.* 3 mai 1930).
44. **Gonzalez.** — De la symphysiotomie dans la pratique générale (*Semana Medica B. A.*, juin 1923.)
45. **Hartman.** — Sur la symphysiotomie sous-cutanée de Frank (*Gynak. Rundschau*, 1911, n° 17).
46. **Herch Hammer.** — La symphysiotomie sous-cutanée d'après la méthode de Frank (*Thèse Bâle*, 1914).
48. **Hernandez** (Eusebio). — Historia critica de las pelvi-tomias (*La Moderna Prensa-Habana*, 1922).
48. — La symphysiotomie à Cuba (*Bull. Soc. obl et gyn. de Paris*, juin 1928 p. 545).
50. — Symphysiotomie sous-cutanée pendant le travail (*Vida nueva*, 1928, n° 22, p. 92).
50. **Iraeta.** — Symphysiotomie ou pubiotomie (*Rev. de la Univerdad de Buenos-Ayres*, juin 1923, p. 283).
51. **Iraeta et Harguindeguy.** — Symphysiotomie à la maternité de l'hôpital Pedro A. Pardo. (*Bol. Soc. obst. y ginec.*, déc. 1929, n° 8, p. 529).
52. **Jeannin et Guéniot.** — Indications de la symphysiotomie.
53. **Jeannin.** — L'opération césarienne tardive (*Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1926, p. 174).

54. **Jorand**. — Accidents de la symphysiotomie (*Thèse Paris*, 1896).
55. **Kehrer**. — De la symphysiotomie sous-cutanée de Frank (*Arch. für gynak.* 1913, n° 2).
56. — Erfakrungen über der sub. symph. (*Zentral bl. f. gynak*, 1917, p. 929).
57. **Koven**. — Traumatic separation in sacro-iliac joint and symphysis pubis (*Amer. J. Surg.*, mars 1927, n° 2, p. 266).
58. **Le Lorier**. — Indications des pelvitomies (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, juin 1924, p. 420 et 425).
59. — Des Indications des pelvitomies. Choix du procédé. Rapport au IV^e Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française (*Gyn. et obst. tt. XII*, 1925, n° 2, p. 184).
60. — Les pelvitomies (*Conférence faite à la Clinique Baudelocque* le 18 mai 1925).
61. — La dystocie pelvienne en clientèle (*Conférence du* 16 déc. 1928. *Soc. d'Enseignement médical des hôpitaux*).
62. — Pelvitomies (*Conférence faite à la clinique Baudelocque* le 28 février 1929).
63. **Lopez** (Hermosa). — Symphysiotomie et pubiotomie (*Rev. espagnole d'obst. et gyn.*, nov. 1923).
64. **Magalhaes**. — Opération césarienne : indication et technique (*Gyn. et obst.* 1922, p. 345).
65. **Marruz**. — Symphysiotomia sub cutanea en un parto invertido y disproporcionada (*Revista de Med. y chir. de la Habana*, 1926, p. 175).
66. **Mestre** (Rafael). — Indications, techniques et résultats de la symphysiotomie sous-cutanée (*Atti della Soc. italiana di ost. e gineco*, vol. XXIV, déc, 1925).
67. — Symphysiotomie itérative (technique de Zarate, (*Bull. soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 201).

68. **Menaché.** — Disjonction de la symphyse pubienne après forceps, guérison (*Bull. soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 178).
69. **Moreno Maldonado.** — La sinfisiotomia en la clinica obstetrica y genecologia Dr Zarate (*Prensa Med. Argentina*, 1917-18, p. 402).
70. **Ortis Perez.** — La symphysiotomie sous-cutanée à Cuba (*Gyn. et obst.*, juin 1925 p. 411).
71. **Ortis Perez.** — Sur la symphysiotomie (*Bull. Soc. obst. et gyn.* 1927, p. 623).
72. **Ortis Perez.** — La symphysiotomie au cours du travail (*Bul. soc. obst. et gyn.* 1928, p. 581)
73. **Ostrcil** — Symphysiotomie sous-cutanée (*Cas. lei. cesk.* n° 64, p. 1758, 1925 et *J. of the American Med. Ass.*, 1926, p. 318).
74. **Ostrcil.** — Sub cutaneons symphysiotomy (*J. of the American Méd. Ass.*, 1924 p. 346).
75. **Olow.** — Pubiotomie et symphysiotomie dans l'histoire des opérations obstétricales (*Upsala Läkaef. Forh.*, sept. 1926, n° 31, p. 143).
76. **Palacios Costa.** — Indications de la symphysiotomie (*Soc. obst. et gyn.*, Buenos-Ayres, juin 1923).
77. **Palacios Costa.** — Sur la symphysiotomie sous-cutanée (*Bull. soc. obst. et gyn.*, juin 1924, p. 422).
78. **Pasman et Pietranera.** — Symphysiotomie itérative pour la deuxième fois avec tête dernière. (*Bull. soc. d'obst. et gyn.* 1927, p. 535).
79. **Perez Manuel Luis.** — La symphysiotomie sous-cutanée à la clinique obstétricale de l'hôpital Rivadocia (*Revista Arg. obl. y gynec.* année X, janvier 1926).
80. **Pinard.** — Thérapeutique de la dystocie causée par les viciations pelviennes à la clinique Baudelocque de 1881 à 1907 (*Annales gyn. et obst.*, 1907, p. 513).

81. **Pfaunmuller.** — La symphysiotomie pour faciliter l'accouchement (*Arch. f. gynä.*, 1929 n° 139, p. 392).
82. **Polack.** — Etat actuel de l'obstétrique opératoire : abus de la césarienne (*Méd. Records*, 1921, p. 1048).
83. **Portes.** — Césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus (*Gyn. et obs.* oct. 1924, p. 225).
84. **Pou Orfila.** — in *Historia de las pelvitomias de Hernandez.*
85. **Risacher.** — L'infection amniotique dans ses rapports avec les opérations césariennes (*Thèse Paris*, 1928).
86. **Reeb.** — Symphysiotomie sous-cutanée d'après Zarate (*Bull. soc. Obst. et Gynéc.*, 1929, p. 591).
87. **Rossier.** — Des indications des pelvitomies (Rapport au IV^e Congrès des obst. et gyn. de langue française. (*Gyn. et obst.* T. XII, n° 2).
88. **Rossier.** — Discussion à propos du rapport du IV^e Congrès (*Gyn. et obst.*, t. XII, n° 4).
89. **Rudaux et Desnoyers.** — Quelques observations de symphysiotomie partielle (*Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, fév. 1929, p. 125).
90. **Rudaux.** — De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement (*Thèse Paris*, 1898).
91. **Ruiz Contreraz.** — Des abus de la césarienne (Communication au VI^e Congrès des obst. et gyn. de langue française, Bruxelles 1929).
92. **Scemla.** — Indications respectives des pelvitomies et de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (*Thèse Paris*, 1925).
93. **Stockel.** — Symph. oder. Pub. (*Zentralbl. f. gyn.*, janvier 1906).
94. **Schickelé.** — Discussion du III^e rapport du IV^e Congrès des gyn. et obst. de langue française. Paris 1925.

95. — Les interventions obstétricales et chirurgicales au cours de l'accouchement (*Gyn. et obst.*, janvier 1920).
96. **Santos Maurity**. — Sobre a symphyseotomia parcial sub cutanea de Zarate (*Revista de gyn. e d'obst.*, Rio-de-Janeiro, mai 1928).
97. — A defesa da symph. de Zarate Suas vantagens, indicacoes e technica (*Rev. de gyn. e d'obst.* anno XXII, sept. 1928, p. 415).
98. — A proposito da operacao de Zarate (*Rev. de gyn. e d'obst.*, novembre 1928, p. 552)
99. **Suzor**. — Symph. sous-cutanée. Ind. et tech. (*l'Hôpital*, nov. 1927, p. 623).
100. **Torres**. — Explication graphique de la symphysiotomie partielle de Zarate (*Semana Med.*, nov. 1928, n° 2, p. 1344).
101. **Vautrin**. — Disjonction de la symphyse pubienne après symphysiotomie, greffe osseuse (*Gyn. et obst.*, 1921, p. 572).
102. **Varnier**. — Historique de la symphyséotomie (*Annales de gyn.*, 1893).
103. — Le mécanisme de l'accouchement et la symphyséotomie (*Normandie Médicale*, 15 avril et 5 mai 1894).
104. — Congrès de Moscou 1897.
105. **Vaudescal** et **von der Horst**. — Quelques points particuliers de la technique de l'opération de Zarate (*Gyn. et obst.*, t. XVIII, 1928, n° 3; p. 206).
106. **Vignes**. — Les risques de la césarienne pratiquée tardivement au cours du travail (*Presse Médicale*, 12 janv. 1927).
107. **Von der Horst**. — Contribution à l'étude de la symphysiotomie sous-cutanée suivant la méthode de Zarate (*thèse Paris*, 1927).
108. **Wisher** et **Leo Mayer**. — Séparation de la symphyse pubienne (*Surg. gyn. and obst.*, sept. 1929 XLIX, p. 380).

109. **Vogt.** — Uber subkutane symphysiotomie (*Munch. Med. Woch.*, août 1914).
110. **Zarate.** — Simfisiotomia subcutanea de Frank (*Semana Med.*, 1916, p. 379).
111. — La sinfisiotomia sub cutanea en la Argentina (*Semana Med.* 1920, p. 449).
112. — Nueva tecnica de sinfis. subcutanea (*Semana Med.*, 1924, p. 283).
113. — Nueva tecnica de sinfisiotomia sub. Estudio experimental y anatomico (*Semana Med.* 1924, p. 1337).
114. — Pubiotomie et symphysiotomie (*Revista Argent. de obst. y ginec.*, sept. et oct. 1924, p. 283).
115. — Symphysiotomie sous-cutanée en Argentine (*Gyn. et obst.*, t. XIV, 1924, p. 331).
116. — Nouvelle technique de la symph. sous-cutanée (*Gyn. et obst.*, juin 1925, p. 401).
117. — La symphysiotomie partielle et la symphysiotomie de Frank (*Semana Med.* n° 35, 1926 et *Gyn. et obst.*, tome XIV, nov. 1926, p. 289).
118. — Symph. partielle contre césarienne segmentaire en cas de bassin limite (*Bull. Soc. gyn. et obst.*, juillet 1927, p. 436).
119. — La symph. partialis (*Bull. doc. gyn. et obst.*, 1928,, p. 484).
120. **Zweifel.** — Congrès de Breslau, 1893.
121. — Congrès de Moscou, 1897.
122. — De la symphysiotomie sous-cutanée (*Zentralblatt für Gynak.*, juin 1906).
123. **Sureau.** — L'opération césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus (*Thèse Paris*, 1927, Arnette, éditeur).
124. **Couvelaire.** — Art. symphyséotomie (*Pratique médico-chirurgicale*, 1907).
125. **Farabeuf et Lob.** — La symphyséotomie (*Gaz. des Hôpitaux*, 1895, 27 avril et 4 mai).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Chapitre I. — Historique	15
Chapitre II. — Notions anatomo-chirurgicales	19
§ 1. <i>Anatomie descriptive de l'articulation</i>	20
§ 2. <i>Rapports anatomiques de la symphyse pubienne</i>	22
§ 3. <i>Rapports chirurgicaux. Mécanisme de la symphysiotomie de Zarale. — Ses résultats anatomiques. — Lésions qu'elle permet d'éviter</i>	25
§ 4. <i>Ampliation pelvienne obtenue. — Suites anatomiques éloignées de la symphysiotomie</i>	28
Chapitre III. — Technique de la symphysiotomie sous-cutanée	31
§ 1. <i>Supériorité du procédé de Zarale</i>	31
§ 2. <i>Technique de Zarale</i>	36
§ 3. <i>Commentaires sur certains points importants de la technique</i>	40
§ 4. <i>Conseils donnés par M. Desnoyers</i>	43
Chapitre IV. — Après la symphysiotomie, l'accouchement et les suites de couches	46
Chapitre V. — Accidents et complications. Avenir de la symphyse pubienne	51
§ 1. <i>Accidents et complications immédiats</i>	51
§ 2. <i>Accidents et complications consécutifs à la symphysiotomie</i>	54
§ 3. <i>Complications tardives</i>	56
§ 4. <i>Avenir de la symphyse pubienne</i>	60
<i>La symphysiotomie itérative</i>	61
Chapitre VI. — Place qu'occupe la symphysiotomie sous-cutanée dans la thérapeutique de la disproportion fœto-pelvienne	62
<i>Généralités. — Forceps et version</i>	62
<i>Césariennes : corporéale, basse, mutilatrice</i>	63
<i>Opération de Portes</i>	65
<i>Pelvitomies diverses. — Pubiotomies et symphysiotomies</i>	66

Chapitre VII. — Indications et contre-indications.....	71
§ 1. <i>Indications</i>	72
§ 2. <i>Contre-indications relatives</i>	77
§ 3. <i>Contre-indications absolues</i>	81
Chapitre VIII. — Critique des observations.....	83
Premier groupe. — Cas purs	84
Deuxième groupe. — Cas impurs	85
Troisième groupe. — Cas particuliers	86
Critique générale	88
Chapitre IX. — Observations.....	99
Conclusions	123
Bibliographie	127
